THESE

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

THERAPEUTICA

— DOS —

CALCULOS VESICAES NO HOMEM ADULTO

PROPOSIÇÕES:

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE

THESE

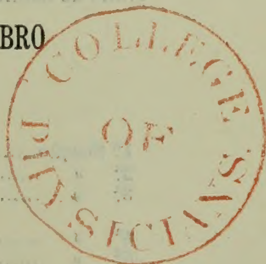
DE

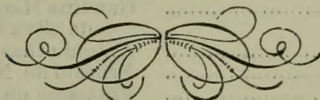
Antonio Avelino Dias Teixeira de Queiroz

INTERNO RESIDENTE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

APRESENTADA A' FACULDADE NO DIA 29 DE SETEMBRO

Para perante ella ser sustentada





RIO DE JANEIRO

MAIA & NIEMEYER—Rua da Alfandega 6 e Uruguayana 47

1899

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :	
João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medica.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico cirurgica.
Domingos de Goes e Vasconcellos	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souzo Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pedriatica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	Drs. :
1ª Secção	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
2ª »	Oscar Frederico de Souza.
3ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª »	Antonio Dias de Barros.
5ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª »	Francisco de Paula Valladares.
7ª »	Miguel de Oliveira Couto.
8ª »	Augusto de Souza Brandão.
9ª »	Francisco Simões Corrêa.
10ª »	José Antonio de Abreu Fialho.
11ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B.--A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

Rem bene si poteris, si non quocumque modo rem.

(HORACIO)

INTRODUCÇÃO

Em face de um calculo vesical impõe-se a therapeutica cirurgica.

Já se foi a esperança da dissolução no seio da propria bexiga. Nem uma só dessas tentativas logrou passar á posteridade; nem mesmo o mysterioso remedio de M.[e] Stephens conseguio passar além do logro do Parlamento inglez nos 120.000 francos de 1739.

Horacio Volpole, o grande chanceler, com o uso do sabão de Alicante e litro e meio de agua de cal por dia, alcançou a morte convicto da cura, como suprema recompensa da sua constancia de oito annos.

Esta serena convicção, durante tal periodo, foi o plintho da columna da victoria, plintho desfeito pelo devassamento da autopsia que, ao encontrar as trez pedras na vetusta bexiga, forçou a taxa de herbolaria a quem oito annos se deleitou com os mellifluos hymnos da sabedoria.

Roberto (de Manchester) ao passo que nega a possibilidade da dissolução de uma grande pedra, seja qual fôr a sua composição, ou de uma pequena de oxalato de calcio, affirma que os calculos phosphaticos podem ser atacados por injecções intravesicaes, assim formuladas : 50 milligrammas de acetato de chumbo para 120 grammas d'agua, ou duas gottas de acido chlorhydrico para 30 grammas d'agua.

Infelizmente para aquelles que vão curtindo o terrivel flagelo, em vez da authenticidade da cura pelos dissolventes, a autopsia calcou o caracter inane da affirmativa, reduzindo a opinião dos quatro commissarios governamentaes, outorgantes do remedio de Stephens, á monotonia de um libera-me.

Os quatro individuos, illusos da cura pelos attestados commissariaes, mantinham um ponto de semelhança com aquelles que não logravam tal sorte e essa semelhança nisto se resume : cura radical com pedra na bexiga.

Assim se apagou o reflexo que a convicção do chanceler fez irromper poderosamente da sua palavra calma e honrada.;.foram-

se enloisando as esperanças acalentadas nesses oito annos, mortas á luz da verificação directa, que nem uma só vez enloirou a dissolução e antes lhe lançou aos hombros o sambenito dos autos de fé.

Não parece possivel a exiquibilidade de taes cousas ; cahiriamos na suprema perfeição e é sabido que por mais que a humanidade caminhe jamais conseguirá a concretisação do ideal até á transformação em facto.

Fica assim um pouco minguada a orbita da actividade cirurgica em cuja arena disputam e disputarão eternamente a excellencia os dous grandes recursos : talha e lithotricia.

Mas si minguou a orbita da actividade cirurgica com o fracasso das injecções dissolventes intra-vesicaes, a parte medica propriamente dita que em materia de pedra constituida só se podia banquetear nas velhas doutrinas hoje mortas, deixou-se cahir com ellas no fossario do esquecimento.

A pia fraude dos que, nestes tempos charlatanescos, procuram reanimar essas doutrinas mortas emparedando a luz dos factos, talvez consiga impressionar os incautos pela mingua dos conhecimentos, mas nas galerias da sciencia elles passarão *in-albis*, chambaril no jarrete e corpo á gravidade.

Por mais cinzelados que sejam os actuaes conhecimentos, jamais conseguiremos saltar fora do intercolumnio dos dous grandes methodos—talha e lithotricia.

Si assim é, si só á cirurgia pertence o direito da intervenção em casos taes, claro fica, ou pelo menos se nos afigura, que a palavra cirurgica no titulo desta these, a não ser pleonastica é de minucia dispensavel.

O titulo de um trabalho é a mais perfeita, ou melhor, a mais completa synthese do assumpto. Origina-se onde elle começa e finalisa onde elle acaba.

Marca-lhe os extremos e observa-lhe os meios.

Agora é tempo de dizermos que desta these só farão parte os processos hoje usados.

Longo seria a descripção de todos elles que no correr dos tempos têm, sem descontinuar, soffrido successivas modificações.

Assim sendo ficará o trabalho com tres partes :

1.ª — talha hypogastrica (descripção, indicações, contra-indicações e observações) ;

2.ª — talha perineal (descripção, indicações, contra-indicações e observações) ;

3.ª — lithotricia (descripção, indicações, contra-indicações e observações);

A talha perineal escolhida será a bilateral de Dupuytoen modificada por Nélaton.

Quanto á lithotricia será a lithotricia rapida ou litholapaxia de Bigelow.

Eis ahi a senda que se nos afigurou transitavel sem que nunca nos tivesse passado pela mente o abrigo á sombra do pallio, nestas épocas tão pobres de Mecenas e tão avidas de Messias.

[illegible]

CAPITULO I

Talha Hypogastrica

A talha hypogastrica, herança da temeridade de Franco, ainda que não homicida ao nascer, parecia destinada ás hecatombes e a sentença paterna prostrou-a no berço com o «*Je ne conseille á homme d'ainsi faire*».

Na quietude se conservou alguns annos, restando apenas a impressão da ousadia do momento, para em seguida, como a ave fabulosa renascer das proprias cinzas.

Após a renascença, as transformações, os aperfeiçoamentos, as modificações, até que a era antiseptica, como ultimo retoque talvez, veio dar ao cirurgião a certeza de que elle não está desapercebido, antes bem armado para menoscabar o sinistro conselho paterno.

Está, portanto, consolidado o improviso de Franco que se resume na incisão da bexiga entre a symphyse pubiana e o fundo de sacco pre-vesical do peritoneo. Não é remoto o tempo em que a consideravam operação excepcional, escolhida apenas para os grandes calculos. Hoje, ao contrario, muitos a consideram o meio mais geral e vantajo, fadado mesmo a desthronar os restantes.

Entremos agora em rapida descripção do processo operatorio.

Feito o diagnostico e marcado o dia da operação, ao calculoso se outorgam os cuidados relativos e prévios a qualquer operação: purgativos, clyster e raspagem dos pellos, neste caso.

Esvasiado o recto e raspado o monte de Venus, segue o individuo para a mesa de operações onde é submettido á acção do chloroformio.

Anesthesiado o doente, procede-se á antisepsia da região hypogastrica, como usualmente se faz, introduz-se no recto o balão de Petersen, no interior do qual devem ser injectados, em occasião opportuna, 300 a 350 grammas de liquido. Procede-se depois a lavagem da bexiga com agua boricada, morna a 4/100 ou phenicada a 2½/100.

Feito isto, de novo se verifica a realidade do diagnostico e em seguida se injecta na bexiga, para tornal-a saliente, quantidade necessaria de agua boricada. Para tal fim é de uso commum uma sonda metallica com torneira, fixada por uma ligadura elastica em torno do penis.

A bexiga, occulta quando vasia atraz do pubis, agora que a acção mechanica da distensão se vae fazendo sentir, vae tambem sahindo da escavação e chega ao contacto da parede abdominal, para que a sua face anterior se torne accessivel ao cirurgião.

Elevando-se a bexiga leva comsigo o peritoneo, immediatamente situado acima do pubis. Ao passo que a distensão se processa o vertice do orgão se alarga, chegando quasi ás proporções de uma face e quanto mais a bexiga sóbe maior é a porção de peritoneo destacado da parede abdominal e maior é a porção do orgão por elle coberto.

Póde-se, portanto, atacar a bexiga sem lesar o peritoneo.

Finalmente a bacia do doente um pouco levantada, os membros inferiores estendidos e o doente em decubito dorsal, o cirurgião colloca-se á direita e um ajudante á esquerda.

Aqui começa propriamente a operação.

1.º tempo — Descoberta da bexiga.

Começa o operador praticando uma insição, na linha mediana, insição de 8 a 10 centimetros, cuja extremidade inferior esteja em relação com a symphyse pubiana.

Assim se incisão por ordem de superposição a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo a aponevrose do grande obliquo até que se deparam os musculos pyramidaes, fibras convergentes para cima e para dentro.

Após estes musculos, em cujo intervallo o cirurgião deve procurar passagem, ha ainda a incisar uma aponevrose ; assim se chega á gordura pre-vesical.

Ahi estão as veias vesicaes anterios, precioso ponto de reparo.

Um ajudante afasta para o angulo superior da incisão o fundo de sacco peritoneal. Termina aqui o 1.º tempo.

2.º tempo.—Incisão da bexiga.

Punccciona-se a bexiga, o mais alto que fôr possivel, com um bisturi recto cujo dorso esteja voltado para o fundo de sacco

peritoneal e, a partir d'ahi, partica-se uma incisão de tres a quatro centimetros sobre a face anterior da bexiga.

No momento da puncção escôa-se o liquido antiseptico que previamente havia sido injectado na bexiga ; esta deve então ser fixada com dous fios de seda asepticos de tal modo que, nas mãos de um ajudante, a incisão da bexiga possa coincidir com a incisão previamente feita para descobril-a.

Quando a bexiga se esvasia pelo facto da puncção, não desapparece na escavação pelviana em virtude do balão rectal de Petersen que, cheio de liquido, obsta a sua passagem.

A inspecção da bexiga pela applicação de dous afastadores torna-se agora perfeitamente natural.

3.º tempo.—Extracção da pedra.

O dedo que explora a bexiga sente perfeitamente a posição e o numero dos calculos.

Apenas resta que o cirurgião se arme de uma pinça, recta ou curva, conforme a necessidade e que a leve guiada pelo indicador até ao contacto do calculo.

Agarrado o calculo, com movimentos aos quaes presida o geito e não a força, é executada a sua extracção.

Claro é que á multiplicidade deve corresponder o numero das manobras ; adiante não se póde ir sem que a exploração directa demonstre a vacuidade perfeita.

Nova lavagem com solução antiseptica adequada ; limpeza de toda a ferida abdominal e hemostasia completa, definitiva.

Agora, para nota final do acto, fica a resolução da duvida : drenagem ou sutura ?

Drenagem pelos tubos de Périer Guyon.

O apparelho de Périer Guyon consta apenas de dous tubos de borracha, unidos um ao outro e guarnecidos lateralmente de um orificio na extremidade que deve ficar na bexiga.

Pela outra extremidade os tubos são livres e devem mergulhar n'um reservatorio contendo uma solução antiseptica conveniente.

A extremidade vesical é introduzida na bexiga ao passo que se vae esvasiando o balão de Petersen.

Procede-se á sutura da incisão da parede abdominal, por dous planos, sem tocar na ferida vesical.

Não se deixa sonda alguma na bexiga.

Depois de retirado o balão de Petersen, faz-se um curativo antiseptico.

Nos dias immediatos é de rigor fazer-se duas a tres lavagens antisepticas por um dos tubos.

Quanto á retirada dos tubos, só o cirurgião poderá determinal-a, depois do que resulta a necessidade da introducção na bexiga de uma sonda de demora por onde as lavagens antisepticas devem ser continuadas.

Cumpre fazer funccionar os tubos antes da applicação, como bom meio de evitar desagradaveis surpresas.

Fallando em drenagem, vem a proposito dar publicidade á « *engenhosa e util idéa do eminente cirurgião paulista, o Dr. Carlos Botelho, a applicação da cellulose sublimada.* » (*Revista Medica* de S. Paulo, n. 7 do anno de 1898.)

Neste jornal medico escreve o Dr. Oliveira Fausto um artigo epigraphado « A proposito de uma talha hypogastrica », no qual refere um caso de cystorrhaphia total que, contra o seu *desideratum*, não deu cicatrisação *per primam*.

A « *filtração urinaria* » progredia e a necessidade de « *fazer saltar dous pontos* » da sutura cutanea se impunha como salvação da vida do paciente.

Mais do que isto lhe occorreu ; veio-lhe á mente a applicação dos coxins de cellulose sublimada, á qual outorga superiores vantagens.

Entreguemos, pois, a penna ao Dr. Oliveira Fausto para transcrever as palavras do Dr. Carlos Botelho :

> « Era muito natural que, iniciando as talhas hypogastricas, fossemos faceis interpretes das recommendações dos autores. Mesmo assim e a despeito da nossa vontade, nunca nos foi dado encontrar funccionando um syphão organisado na vespera com toda a perfeição ainda mesmo servindo-nos dos tubos, a curva fixa, aconselhados por Périer e Guyon. E quando tal ideal se conseguisse seria á custa de uma immobilidade martyrisante para uns e de consequencia séria para outros, predispostos á hypostase sanguinea. Estes factos tantas vezes repetidos nos pozeram a caminho, em busca de uma solução melhor ; supprimido o excedente dos tubos, principiámos por cortal-os rente da incisão ; notámos então que a urina nem sempre é pelo calibre do tubo que se esvasia mas tanto por elle como acompanhando

as suas paredes externas, mais por acto de capillarisação do que pela franca drenagem.

Assim pensando, mal ou bem, procurámos para peça do nosso curativo uma substancia altamente hygrometrica que, adaptada e bem justa á região operada e á bocca dos tubos, sugasse toda a gotta de liquido que ahi se apresentasse.

« Nenhum outro corpo nos deu resultados tão completos como a cellulose sublimada.

« Fizemos então fabricar almofadas desta substancia envolvida em um sacco de gaze cujo peso total é de 200 grammas.

« A experiencia demonstrou-nos que 1 gramma de cellulose absorve 5 grammas de urina ; temos pois 200 grammas absorvendo cerca de um litro de liquido.

« Esta almofada de cellulose, coberta por uma téla impermeavel, é renovada pela manhã e pela tarde e bem adaptada ao hypogastro por um largo apparelho contentivo, em dupla forma de 8, que o comprime, ou passa sob a raiz da coxa para maior solidez e garantia do acto de sucção capillar que temos em vista conseguir. Tal é o segredo resultado das nossas talhas hypogastricas. Emquanto ha um só atomo de cellulose a impregnar-se de urina, nem um vestigio della se percebe em torno do doente. Já Hortelux havia imaginado um apparelho complicado para realizar esta aspiração permanente sem se lembrar de que a cellulose, tão modesta e tão sua conhecida, realizaria á perfeição todo o seu ideal.

« Assim praticado o curativo da talha hypogastrica, os nossos doentes tem no leito a liberdade de todos os movimentos. No 10° dia a cicatrisação do infundibulo cutaneo-vesical se acha tão adiantada que reduzimos o calibre do tubo ou o supprimimos totalmente para não deixar senão a almofada : o doente levanta-se com tudo disfarçado por uma calça de enfiar. »

Sutura completa — A sutura da bexiga é feita com catgut n. 0, sendo os pontos dados de 5 em 5 millimetros, comprehendendo a musculosa ; uma segunda fileira, feita igualmente com catgut, formando uma sutura de Lambert, termina o fechamento da bexiga. O segundo plano comprehende a sutura da serosa.

O Professor Pereira Guimarães, em um caso cuja observação figura no corpo desta these, procedeu á sutura, empregando um fio grosso de catgut n. 3, apenas em uma camada — a musculosa.

Praticam-se em seguida as suturas dos planos musculo-aponerroticos, ainda com catgut, sendo finalmente a pelle suturada com crina de Florença ou fio de seda.

Neste ultimo plano de sutura commumente se faz a drenagem com um retalho de gaze.

Antes, porém, de tudo isto, necessario é que se assegure o escoamento das urinas ; sem tal cuidado seria certo o insuccesso, porque a bexiga repleta deixaria passar sempre alguma quantidade, por pequena que fosse, pela incisão, ou forçaria a sutura vesical, correndo risco a manutenção dos pontos.

E' facil avaliar as consequencias do erro.

A sonda permanente impõe-se portanto.

Ha sondas de ampoula vesical especiaes para este fim ; são as sondas de Pezzer, cuja applicação é feita antes da sutura pelo catheterismo retrogrado. A ampoula, ficando na cavidade vesical, claro é que de nada mais se carece para a sua manutenção e fixidez.

Ainda aqui são imprescindiveis as lavagens antisepticas, de utilidade dupla : limpeza da bexiga e desobstrucção da sonda.

A extremidade livre da sonda communica, por meio de um tubo de borracha, com um reservatorio contendo uma solução antiseptica.

Entre a sonda e esse tubo communicante, ou na propria continuidade do tubo, é de boa pratica a collocação de um indice de vidro cujo destino se cifra na indicação que fornece do estado das urinas e do funccionamento da sonda.

No fim de certo tempo, ainda aqui a criterio de quem trata, essa sonda é retirada por meio de um mandarim introduzido no seu interior sobre o qual deve ser destendida, para que a ampoula desappareça, reduzindo-se ao calibre da propria sonda.

A urina, como é natural, vae-se escoando ao passo que cae na bexiga, sem perturbar a sutura, sem extravasação pela ferida operatoria, donde se infere a ausencia das perturbações dos casos versos. Feita a sutura completa, se a asepsia fôr idonea, si todos os modernos preceitos que presidem ás intervenções cirurgicas forem observados com rigor, a cicatrisação, tanto da bexiga como dos demais planos de sutura, far-se-ha *per primam*, muito mais rapidamente portanto que com a applicação da drenagem. Demais ninguem poderá dizer que uma bexiga com uma sonda perma-

nente, por onde se vae escoando a urina que gotteja dos uretherios, não está convenientemente drenada.

O fim dos tubos de Guyon não é mais completo, não é mais perfeito em relação ao esvasiamento do conteúdo vesical, fornecendo flagrante inferioridade no que diz respeito á facilidade das infecções, se attentarmos á necessidade de renovamento dos curativos e á communicação directa com a incisão feita na bexiga.

Si a sonda, em um momento dado, póde deixar de funccionar em face de uma obliteração, d'ahi resultando o accumulo de urina e a distensão do orgão, os tubos de Guyon, pela mesma causa e eguaes razões, acarretarão as mesmas consequencias, sinão maiores, porque o derramamento não encontrará a obstal-o a sutura completa.

Além de tudo isto, a clinica, desmanchando o negrume que tantas vezes fica do raciocinio e da logica, vai enloirando a cystorrhaphia total.

Hoje raros são os cirurgiões que empregam os tubos de Guyon.

Tão pouco servem de excusa as noções que outr'ora contraindicavam o defendido proceder. Quer nova, quer velha, a correcção da bexiga é em geral sempre a mesma, uma vez abrigada á sombra dos conhecimentos modernos de asepsia e antisepsia. A cicatrisação *per primam*, hoje ao alcance de todos, dá á cystorrhaphia a preferencia em todos os casos : «*j'ai pratiqué la cystorrhaphie aux trois périodes de la vie. La vieillesse s'est montrée ausi favorable que l'âge adulte et l'enfance, et persuadé que des vessies immaculées ne sont pas indispensables pour la reunion immediate, je ne considère pas, avec certains cirurgiens, l'enfance comme particulièrement propice aux succès de la suture. Chez tous mes suturés j'ai permis la marche du 12.e au 15 jour ; peut on en dire autant des syphonés ? La rapidité dans la guérison est donc à elle seule un avantage très serieux de la cystorrhaphie, avantage que l'opérateur doit toujours rechercher dans la pratique, surtout pour certaines catégories d'operés, par ce temps de struggle for life*». (Vlaccos—R. Chir. n. 8. Paris 1896).

A sutura completa da bexiga, praticada pela primeira vez em 1887 por Gibbons e Parker e depois em France por Lucas Championnière e mais tarde por Bazy, Tufier e Albarran, tem visto crescer dia a dia o numero dos seus partidarios. A cystite, elemento formal de contra-indicação, até ha poucos dias, é hoje perfeitamente compativel quando é superficial, como o demonstram os trabalhos de Albarran.

Ulmann demonstrou por diversas experiencias em animaes que uma bexiga, presa de inflammação chronica, póde cicatrisar por primeira intenção.

Para isto irritou com um catheter as bexigas de tres cães, no seio das quaes injectou uma cultura pura de staphylococus. Um delles falleceu da experiencia no 6.° dia e os outros tiveram febre e cystite violenta.

A urina sahia carregada de pus, epithelio e bacterias. Pois bem, nove semanas depois soffria um dos cães a talha hypogastrica sendo a cystorrhaphia total praticada com exito.

Desasete semanas após a inoculação o outro animal soffreu egualmente a mesma operação e os resultados foram os mesmos. Por occasião da abertura da bexiga, Ulmann cortou um pedaço deste orgão que, submettido ulteriormente a exame microscopico, deixou transparecer todas as lesões de uma inflammação chronica.

Voltemos por um momento a um assumpto passado.

A Petersen deve a talha hypogastrica um tal ou qual impulso de rehabilitação. Entretanto já o balão por esse autor intronuzido na pratica vae soffrendo impugnações. Realmente não está insento de perigos o seu emprego a julgar pelos casos, não raros, das rupturas de recto.

Cadge de Norwich refere um de ruptura do recto como consequencia da injecção, si bem que lenta, de 500 cc. de liquido no *colpeurinter* ; a ruptura attingio a mucosa e a musculosa e a morte do doente foi obra de pouco tempo.

Não é só o recto que corre o risco de ruptura : Guyon injectando na bexiga 200 cc. de solução boricada, depois de feita a replecção do balão rectal com 300 cc. de liquido, foi surprehendido pelo desapparecimento instantaneo do relevo do hypogastrio. A bexiga tinha se rompido e a consequencia foi a morte do doente.

Weinlechner, a 9 de Julho de 1886, quando pretendia praticar a talha hypogastrica em um quinquagenario, soffreu a mesma decepção.

Mais feliz foi Périer que, tendo feito a injecção de 200 cc. de solução boricada na bexiga e de 400 grammas de liquido no balão rectal, encontrou o liquido no tecido pre-vesical e soccorreu-se de dous tubos de drenagem, alcançando a cura do doente em duas semanas.

Diz Ulmann que : «*quando a bexiga se rompe em consequencia de injecções muito abundantes, esta ruptura é intra-peritoneal si se emprega o balão rectal e, neste caso, é seguramente mortal, como o provam os factos até aqui observados.*»

Referindo-se á clinica de Albert, o medico de Vienna assim se exprime:

«*Pour ce qui regarde le procedé employé à la clinique d'Albert, je dois rapeller brièvrement que vous n'y employons pas le balon de Petersen*».

Trendelemburg e Gussembauer consideram superfluo o emprego do balão rectal.

Da mesma opinião é o professor Kocher, de Berne, porém mais exaggerado, porquanto pensa que o perigo de ferir a serosa peritoneal não póde existir na posição de Trendelemburg, tornando-se inutil o balão de Petersen assim como a forte replecção da bexiga.

Casos ha entre nós de cystotomia supra pubiana, praticados sem esses recursos: o Dr. Pinto Portella, quando tinha a seu cargo a 3ª enfermaria do Hospital da Misericordia, praticou assim uma talha hypogastrica para catheterismo retrogrado.

O abandono do balão de Petersen ainda se apoia na phrase de Rochet, dando lugar á posição de Trendelemburg.

«*Du reste, beaucoup de chirurgiens nêglıgent à l'heure actuel le balão de Petersen*».

Indicações e contra-indicações.

Muitos cirurgiões e até em maioria consideram a orbita da talha hypogastrica como um campo vastissimo em relação á da talha perineal e á da lithotricia.

A existencia de um calculo lhes fornece, por si só, a indicação necessaria para a escolha da operação.

Outros ha, ao contrario, mais inclinados á talha perineal, encontrando nella maior numero, em relação aos casos que se lhes deparam.

O que é certo é que a verdadeira indicação para a talha hypogastrica reside no *tamanho do calculo.*

Uma grande pedra precisa de maior caminho para a sua passagem, visto como as manobras que têm por fim tiral-a da bexiga, não podem ser brutaes. Sendo a talha hypogastrica a que offerece a facilidade de augmentar a incisão e, portanto, passagem mais ampla, é a ella que deve ser dada a preferencia em casos taes. Temos noticia de um consideravel calculo, tirado por esta operação na 15ª enfermaria do Hospital da Misericordia, a cargo do Dr. Bustamante Sá. Segundo se affirma, houve certa

difficuldade na extracção, em virtude do tamanho exaggerado, se bem que a incisão fosse bastante grande.

Certamente não sahiria pelo perineo pedra de tal volume, formada por um calculo servindo de nucleo e que tinha sobre si outras pedras engastadas, assumindo o conjuncto a fórma de uma estrella.

Uma outra indicação formal para a talha hypogastrica é o *engastamento da pedra* na propria bexiga.

Desde que o cirurgião, á procura do diagnostico, chega a estabelecel-o tendo presumpção da possibilidade de tal estado, certo não resolve a escolha de outro meio sem se abalançar a grandes difficuldades, sem se arriscar á operação incompleta.

A talha hypogastrica fornece luz, permitte manobras incomparavelmente mais faceis, mais seguras e certeiras, fazendo logicamente decorrer a sua escolha da ausencia de taes favores nos outros meios e da existencia delles em si.

A *multiplicidade dos calculos* tambem parece dar preferencia á abertura pelo hypogastrio.

Como se sabe, o numero das pedras póde variar muito ; a operação não deve ser incompleta, deixando uma escondida em qualquer ponto ; necessario se torna extrahil-as todas e tão bem não alcançam este *desideratum* a talha perineal ou a lithotricia.

A abertura pelo perineo póde dar sahida a muitas pedras, por isso mesmo que dá sahida a uma, mas a segurança e a facilidade melhor se casam com a cystotomia supra pubiana.

N'uma observação, incluida no corpo desta these, figura um caso de 17 calculos pequenos, extrahidos facilmente pela talha hypogastrica, feita pelo Dr. Alvaro Ramos, joven cirurgião brazileiro de rara habilidade.

Acreditamos no rigor da indicação do caso vertente, considerando muito a multiplicidade dos calculos que não ajudaria a pratica de outro meio.

Uma outra razão, não de pequeno alcance, para a preferencia da talha hypogastrica, reside na facilidade do *modus faciendi.*

De facto, aqui o cirurgião trabalha vendo o que faz, tendo á vista todo o campo operatorio, o que não sóe acontecer na talha perineal e na lithotricia, onde o tacto é o factor principal, a condição *sine qua*.

Sendo mais facil a sua pratica, não se póde dizer que os resultados, ou as complicações, votem o desprezo desta facilidade em favor do mais complicado.

Os casos de cura são entre nós de repetição continua ; a habilidade a consumir não se compara á que exige a lithotricia ;

a eminencia á hemorrhagia é muito menos provavel que na talha perineal ; tudo isto faz com que a indicação para a cystotomia supra pubiana, em relação aos calculos, esteja quasi sómente na existencia do proprio calculo.

Provada a sua existencia, seja elle grande ou pequeno, duro ou molle, desde que uma flagrante contra indicação não se levante, firme e positivamente, a obstar-lhe a pratica, é a talha hypogastrica a operação proposta e executada.

E onde estará o mal deste proceder, si a operação é benigna e os seus resultados satisfactorios ?

A superficie interna da bexiga sangra com facilidade, maxime nos velhos calculosos e essas hemorrhagias nem sempre cedem promptamente aos meios empregados. No seu interior vão se formando os coagulos que em breve se decompõem, arrastando o cortejo symptomatico proprio.

Ainda aqui se impõe a cystotomia supra pubiana, soberana em recursos e em facilidade, mais que nenhuma outra, para a realisação da *hemostasia perfeita*.

Ajudámos a uma operação desta natureza, praticada pelo Dr. Alvaro Ramos em um velho professor de linguas ; o operado tinha na bexiga quatro calculos volumosos e a hemorrhagia pela superficie interna do orgão, esgotou algum tempo na lucta contra os meios empregados ; cedeu finalmente e a cura do velho calculoso foi um facto consummado.

Si a cystotomia supra pubiana maior campo offerece á applicação dos elementos necessarios á hemostasia perfeita, pelas mesmas razões maior facilidade offerece tambem á *pratica dos meios antisepticos*, tão necessarios aos exitos dos casos.

Em soccorro deste asserto para aqui passamos a phrase do professor Guyon : « *si j'ai eu recours à la taille, c'est que le broiement et l'evacution sont moins faciles avec une grosse prostate ; c'est aussi qu'avec la taille on peut mieux desinfecter la vessie.* »

Tem para nós essa phrase um duplo effeito, por isso que dahi resalta, além do que foi affirmado, a indicação da abertura supra pubiana, em detrimento da trituração e evacuação, nos casos de *hypertrophia da prostata.*

Mais uma opinião para maior segurança : « *en face de cette coexistence des calculs et de l'hypertrophie prostatique la route à suivre, me semble toute tracée — la voie hypogastrique. Ce que me conduit à ouvrir la vessie par l'hypogastre, c'est que par cette voie large, je pourrai agir sur la prostate.* » (T. de Cytostomia supra pubiana nos prostaticos — Poncet e Delore, 1899).

Contra-indicações — No numero das contra-indicações apontadas, algumas ha que se nos afiguram firmes, ao passo que outras já perderam um tanto ou quanto do poder que encerravam. A *adherencia do peritoneo* com a parede interna do ventre, na parte correspondente á face anterior da bexiga, entra no rol das contra-indicações.

De facto, a serosa, em virtude de qualquer processo inflammatorio anterior, póde ter contrahido união intima com o ponto citado, de tal modo que, impossivel se torna a sua ascenção para a cavidade abdominal, por mais distendida que esteja a bexiga. Em tal occurrencia, é claro que o cirurgião, ainda que habil, ha de inevitavelmente ferir o peritoneo.

Podemos appellar, é certo, para a asepsia que hoje com tanto valor nos põe ao abrigo das infecções, quando bem manuseada, mas não é menos certo tambem, que o normal desappareceu em face do incidente, e que, tudo aquillo quanto foi feito para evitar a serosa, ruio quasi que por completo, transformando-se em inutilidade.

O Dr. Daniel de Almeida, n'um caso que sentimos não achar archivado, soffreu surpresa deste quilate. O doente se restabeleceu, mas o inesperado ia impallidecendo por um momento a garantia da cura.

Convem notar que semelhante disposição anormal facilmente passa despercebida a quem opera, ainda mesmo após minucioso interrogatorio e demorado exame.

Tanto não é preciso, em relação á adherencia do peritoneo, adherencia intima que o obrigue a manter a anormal posição acima do pubis, zombando da acção mechanica propulsora, que vai distendendo a bexiga. Basta a coincidencia de uma *hernia dupla*, que positivamente não força áquella fixidez, visto como a obediencia á força que o procura afastar não é de todo nulla, para que a serosa se mova preguiçosamente e não chegue ao ponto desejado.

Sappey, na descripção do mechanismo em virtude do qual o peritoneo desce entre a parede abdominal e a bexiga, devia ter abalado profundamente os creditos da talha de Franco. Na sua assignalada opinião, a descida da serosa sobre a face anterior da bexiga, está na razão directa da dilatação do orgão.

Impugnava assim o celebre anatomista o dizer unanime dos cirurgiões, que conscios estavam da facilidade da extracção dos calculos por essa região, sem lesar o peritoneo. O resultado final dos seus estudos, era a rejeição completa da talha hypogastrica.

Novos trabalhos de autoridades de egual estatura, reforçando a opinião da clinica, incansavel aqui na demonstração da verdade, fizeram com que não medrasse o pensar de Sappey, semelhante na essencia á phrase de Franco.

De nada mais carece quem tem o conselho de Tillaux nesta intimorata affirmação : « *on peut donc, sans danger de blesser le peritoine, penetrer dans la vessie par dessus le pubis, à la condition de ne pas prolonger, l'incision trop haut.* »

Com estas palavras apenas uma cousa queremos demonstrar : não nos esquecemos das razões que procuram contra-indicar a propria operação, *em si e por sua natureza.*

Uma outra contra-indicação apontada é a *exigua capacidade da bexiga.*

O professor Dr. Domingos de Góes nos seus « *Apontamentos de clinica cirurgica* », assim se exprime, ao enunciar as razões pelas quaes não havia praticado a talha hypogastrica no doente, assumpto da lição do dia :

> « Si, porém, abandonando os dados fornecidos pelo volume do calculo, eu me deixasse seduzir pela idéa de ser a talha hypogastrica uma operação nova, e quizesse pratical-a, encontraria no doente uma disposição organica anormal, que muito difficultaria a operação, tornando tambem muito problematico o seu resultado.
>
> « Refiro-me á pequena capacidade da bexiga do doente, que não encerrava, como já disse, mais de 120 grammas de liquido, mesmo depois delle achar-se profundamente chloroformisado.
>
> « Com effeito, a facilidade de execução da talha de Petersen e sobretudo o seu successo dependem, além de outras circumstancias, de não lesarmos o peritoneo, o que é alcançado graças ao emprego simultaneo da distensão do recto pelo colpeurynter, que nada mais é do que um pequeno balão de borracha, e da distensão da bexiga por uma injecção levada ao seu interior.
>
> « Ora, resulta das mensurações de Petersen e de Guyon, que o fundo de sacco peritoneal se afasta mais do pubis quando empregamos a injecção vesical só, do que quando lançamos mão somente da distensão do recto, e além disto, que não podemos obter um levantamento pronunciado do peritoneo, o necessario para que elle não seja interessado durante a operação, senão quando empregamos ao mesmo tempo estes dous meios,

devendo nós para obter tal suspensão levar a 600 grammas a quantidade de liquido destinado á distensão do balão rectal e a 200 grammas a injecção vesical.

« Como já vos disse, a bexiga deste doente não comportava mais de 120 grammas de liquido, o que, repito, além de difficultar muito a execução da talha hypogastrica, tornaria muito duvidoso o seu resultado.

« Em conclusão : não pratiquei a epi-cystotomia por não haver indicação (pequeno volume do calculo), e ainda por haver mesmo contra-indicação (pequena capacidade da bexiga), ausencia de indicação e contra-indicação que são cousas muito diversas. »

Não desmerece o assumpto quando a competencia de uma opinião se ampara á autoridade de outra. Assim sendo, para aqui passamos tambem as palavras do Visconde de Saboia sobre o caso :

« Foram perfeita e criteriosamente justificados os motivos que o levaram a dar preferencia á talha perineal sobre a hypogastrica. »

Parece ficar fóra de duvida a contra-indicação inherente á pequena capacidade da bexiga ; a distensão não sendo sufficiente, a escolha deve mudar de rumo porque o acto não correrá bem. Entretanto, ha quem não pense assim, ha quem severamente castigue a exigencia transcripta com a taxa do erro. Ha quem dê á posição declive ao corpo, ficando a cabeça um pouco mais para baixo, as virtudes da garantia e os vacticinios da intangibilidade, em relação ao elemento de temor, tal qual como quando a bexiga repleta de liquido fazia mechanicamente opposição á descida da serosa.

« E' um erro, diz o Dr. Antonio Tolentino, na these que escreveu sobre Cystostomia supra-pubiana, em que muita gente labora pensar que, para se abordar a bexiga sem lesar o peritoneo, é preciso fazer a distensão prévia da bexiga por uma injecção intra vesical de um liquido aseptico ; póde-se sem perigo de lesar o fundo de sacco peritoneal, chegar á bexiga que contém uma pequena quantidade de liquido, bastando a posição declive do corpo, a cabeça um pouco baixa, e para isso colloca-se na região dorso-lombar um travesseiro comprido e largo ; isto para quem não póde dispor do leito de Trendelemburg, que para taes operações é de muita vantagem. »

Opinião de igual theor já foi citada no correr deste trabalho.

OBSERVAÇÕES

I

(do Dr. Alvaro Ramos)

J. C. C., com 68 annos de idade, portuguez, commerciante, reside no Brazil ha mais de 50 annos.

Sendo apresentado nos ultimos dias de Setembro de 1897, narrou que durante seis annos tem soffrido extraordinariamente das urinas, sendo que, ha cinco annos, tivera a primeira hematuria.

Os seus soffrimentos se accentuavam á noite pela polakyuria e dores intra-vesicaes a qualquer movimento que fazia no leito ; a posição em decubito lhe era difficil, era obrigado a caminhar no quarto durante grande parte da noite, supportando fortes dores e urinando a cada instante por pequenas porções. A dôr caracterizava-se por parecer assestada na glande, quando era intra-vesical. A urina era turva e com deposito muco-purulento.

O seu tratamento consistia em lavagens vesicaes com soluções de toda a especie, receitadas por varios medicos e catheterismos evacuadores quando sobrevinha alguma retenção de urinas. Por essa occasião, em geral, os catheterismos eram seguidos de hematuria, calafrios, febre, constipação, dôres irradiadas por todo o baixo ventre, emfim, verdadeiros accessos de uremia que eram combatidos por meio de purgativos e lavagens vesicaes. Examinando-o immediatamente com o auxilio de uma sonda metallica, fomos logo impressionado pelo ruido e sensação especiaes produzidos pelo contacto da sonda metallica com a superficie resistente dos calculos. Não mais nos detivemos na pesquiza do numero, tamanho, adherencia ou outras quaesquer indagações, porquanto tudo isto serveria apenas para martyrisar o doente, predispondo-o a um novo accesso uremico, assim como não traz valor para a indicação da talha hypogastrica.

Proposta e acceita a operação foi marcado o dia 3 de Outubro.

Nesse dia, depois de preparado o organismo desde a vespera por um purgativo salino e salol internamente, procedemos á raspagem dos pellos e á completa antisepsia da região hypogastrica, sendo em seguida o doente anesthesiado pelo chloroformio na posição de Trendelemburg.

Reconhecida por todos os presentes a existencia dos calculos, foi introduzido no recto o balão de Braun que depois foi insuflado; introduzimos em seguida na urethra a sonda metallica com torneira, que foi devidamente fixada; por esta sonda injectámos na bexiga cerca de 120 cc. de solução boricada a 4/100, com o fim de distendel-a, fixando-a e concorrendo ao mesmo tempo para afastar da symphyse pubiana o fundo de sacco peritoneal.

Tudo assim disposto, começámos a intervir por uma incisão rectilinea na região hypogastrica, ao nivel da linha alva, que, partindo cerca de 2 centimetros abaixo do nivel da symphyse pubiana, se estendia 6 centimetros para cima, em direcção á cicatriz umbilical.

Até certo ponto, tornou-se difficil o reconhecimento nitido da symphyse pubiana por causa da grande espessura da camada de tecido adiposo da parede abdominal. Camada por camada foram divididos : a pelle, fascia superficialis, separados pelas suas inserções na linha alva os musculos pyramidaes, e o fascia transversalis.

Penetrando na cavidade pre-vesical com o indicador da mão esquerda, descolámos para cima a parte do tecido cellulo-gorduroso ahi existente, levantando tambem o fundo de sacco do peritoneo, que ficou protegido pela mão esquerda. Certificado de que nos achavamos diante da bexiga, fizemos com o bisturi recto a puncção della, a qual foi seguida da sahida immediata da solução boricada existente no seu interior. Augmentada a incisão com o bisturi abotoado até 4 centimetros, de modo a garantir a intromissão dos dedos indicador e médio da mão esquerda, fixámos com dous fios grossos de catgut as duas bordas da abertura vesical, que foram mantidas afastadas por um auxiliar emquanto procediamos á exploração.

Penetrados na cavidade vesical os nossos dedos sentiram immediatamente o contacto de varios calculos que, um a um, foram fixados entre os dedos médio e indicador e retirados com uma pinça de Pean que facilmente os apprehendia. Nessas condições foram extrahidas 17 pedras.

Pezavam ao todo 36 grammas, cabendo á maior 6 e á menor 2 grammas; eram de côr branca, amarellada, bastante duras, contendo na maior parte acido urico.

Examinada de novo a cavidade vesical, no sentido de verificarmos a existencia de algum outro calculo e reconhecido, não só por nós como pelos dignos auxiliares, que nenhum mais havia, foram retirados a sonda metallica e o balão rectal, procedendo-se á lavagem de toda a ferida operatoria e da bexiga.

Em seguida fizemos o catheterismo retrogrado, passando na urethra uma sonda de ampoula de Pezzer n. 18 e depois de convenientemente desinfectada a bexiga e de feita a hemostasia da mucosa vesical, com tampões pequenos embebidos em solução forte de acido phenico (5 por 100), demos começo á sutura vesical. Apenas quatro pontos separados de catgut n. 1, tendo o cuidado de approximar bem uma da outra as superficies cortadas na espessura da parede vesical, foram sufficientes para fechar completamente a ferida, como o demonstrou a injecção intravesical de 100 cc. de solução boricada que não conseguio atravessar a sutura.

Com mais dous planos de sutura, um da camada musculo-aponevrotica, feita com catgut n. 2, e outro da pelle, com seda n. 1, ficou terminada a operação sem que houvesse necessidade de uma pinça hemostatica, ou de uma ligadura.

Como medida de segurança deixámos no angulo inferior da ferida da pelle um dreno de gaze iodoformada.

A' extremidade exterior da sonda de Pezzer foi adaptado um longo tubo de borracha que vinha terminar n'um reservatorio de solução boricada.

Na tarde do dia 3 apresentava o operado a temperatura de 37°,2 que foi a maior elevação, sendo o seu estado normal 36°,6 ; nessa mesma tarde fizemos uma pequena lavagem intra-vesical com 20 cc. de solução boricada, quantidade maxima que supportava o operado sem a minima dôr. O tubo e a sonda funccionaram perfeitamente, dando passagem durante todo o dia a urina sanguinolenta.

No dia immediato, á tarde, a temperatura era normal (36°,6) o doente supportou a injecção de 40 cc. de solução boricada sem dôr ; o tubo e a sonda funccionaram regularmente, sendo avaliado o volume da urina, emittida nas 24 horas, depois da operação, em dous litros ; essa urina ainda era sanguinolenta e continha bastante deposito muco-sanguinolento e epithelio vesical.

No dia 6, continuando a mesma temperatura e bom estado geral, supportou a injecção de 60 cc. de solução; a urina já era mais clara.

A 7 retirámos os pontos de sutura da pelle, assim como a sonda de Pezzer, fazendo uma lavagem da bexiga com 60 cc. de solução; uma hora depois o doente emittia cerca de 40 cc. de urina, o que nos veio provar o bom funccionamento da bexiga no quarto dia de operado.

A 24 achava-se o doente curado, a bexiga funccionando perfeitamente; foi conservado ainda em repouso durante alguns dias, visto o angulo inferior da ferida, onde se achava o dreno, não estar cicatrisado e dar sahida a serosidade.

Hoje anda o nosso doente, de porta em porta, mostrando os seus 17 productos vesicaes e bemdizendo a talha hypogastrica.

II

(*do Dr. Alvaro Ramos*)

J. M. A., portuguez, pedreiro, reside no Brazil ha mais de 40 annos.

A pedido do nosso collega, Dr. Luiz Barbosa, visitámol-o e pelo rapido exame foi reconhecida a existencia de um calculo vesical.

Com effeito, J. M. A., ha cerca de 6 annos que soffria, tendo já emittido por varias vezes pequenos calculos em fórma de grãos de arroz, sendo que, havia dous annos, tivera de recorrer a um cirurgião, para lhe tirar um maior, do tamanho de um grão de milho, que ficara retido na urethra anterior.

A 24 de Outubro entrou para um quarto particular do Hospital da Misericordia e a 27, na presença dos Srs. Drs. Daniel d'Almeida, Carvalho Azevedo, Candido de Andrade e muitos internos do Hospital e com o auxilio do professor Domingos de Góes, Drs. Carlos Veiga, Alberto Goulart, Faria Lemos, Felix Nogueira e internos Avelino de Queiroz, Fernando Magalhães, Rocha Lima e Lincoln Araujo, o operámos, obdecendo á mesma technica empregada para o nosso primeiro operado, apenas substituindo o balão de ar por um de Petersen, que, sendo cheio de liquido, apresenta a vantagem de nos certificar do volume exacto que adquire, pela quantidade de liquido que introduzimos, e, por

conseguinte, da maior ou menor distensão a que obrigamos o recto, ao passo que o balão de ar, pela sua facil compressibilidade e pelo escapamento sempre nos illude ; já fomos testemunha de um caso em que o balão se conservou completamente vasio durante toda a operação, deixando de prestar o auxilio que lhe competia, porque se escapou todo o ar introduzido.

A incisão da bexiga tinha cerca de 3 centimetros e para sua sutura, apenas bastaram tres pontos separados.

Foi retirado um calculo pesando cerca de 15 grammas, de natureza phosphatica, com predominio dos phosphatos sobre os carbonatos e uratos de calcio.

Como no operado anterior, não fizemos uma só ligadura, nem tivemos de recorrer a pinças hemostaticas.

A sua maior elevação de temperatura foi de 37°,8, na tarde do dia da operação.

A sonda de Pezzer foi retirada no terceiro dia, assim como os pontos de sutura o foram no quarto dia ; tambem foi feita a drenagem do angulo inferior da ferida com uma fina porção de gaze iodoformada.

A bexiga, comquanto contivesse ainda grande quantidade de muco, funccionou livremente desde o terceiro dia, emittindo diariamente a quantidade normal de urina.

A 16 de Novembro, 20 dias depois de operado, retirou-se J. M. A. do Hospital completamente curado.

III (*)

(do Professor Pereira Guimarães)

Operação.—No dia 19, ás 10 horas da manhã com o auxilio dos Drs. Professor Marcos Cavalcante e Arthur Pacheco e do Sr. Guimarães Porto, depois de raspados os pellos e feita a antisepsia da região, foi o doente collocado em decubito dorsal e em seguida praticada a anesthesia com o ether, a qual foi conseguida em 10 minutos, sem o emprego da injecção prévia de morphina.

Antes, porem, de proceder á operação, fiz reconhecer por meus ajudantes a presença do calculo, com um pequeno lithotridor, que apprehendeu o calculo por um diametro que não ascendia a

(*) Desta observação só transcreveremos o que se refere ao acto operatorio.

2 centimetros. Neste, como no primeiro exame, não houve sensação alguma que indicasse ser o numero dos calculos superior a um.

Depois de bem reconhecido o calculo, introduzi na bexiga uma algalia metallica de Mercier, com torneira, de pequena curvatura, e no recto um pequeno pessario de ar de Gariel, que costumo empregar na talha hypogastrica, em vez do balão de Petersen, com o fim unico de fixar a bexiga. Feito isto, liguei o penis á roda da sonda e depois de lavar bem a bexiga com uma solução morna de acido borico, fechei a torneira, deixando na bexiga 120 grammas dessa solução.

Acto continuo, insuflei o pessario de Gariel e fechei-o. Nenhum relevo se fez para o hypogastrio.

Collocando-me então á direita do doente, pratiquei uma incisão de 9 centimetros, que começou um pouco abaixo da symphyse pubiana e seguio para cima ao longo da linha alva. Depois de dividida a pelle e o fascia superficialis e feita a forcipressura de alguns vasos, incisei a linha alva, aqui quasi completamente coberta pelos musculos pyramidaes muito desenvolvidos. Em seguida á linha alva foi cortado o fascia transversalis, a principio com o auxilio de uma pequena pinça de dentes e de um bisturi. Depois servi-me só deste, apoiando-o sobre uma tentacanula.

Aberta a parede abdominal, foram collocados dous afastadores em cada labio da ferida e graças a elles, não tardou a ser vista a camada gordurosa, de côr amarella de manteiga que existe nessa região.

Introduzi então o indicador da mão esquerda e depois tambem o medio, curvados em gancho e passei a descollar essa gordura para o angulo superior da ferida. Essa manobra permittio não só descollar e levar para cima a camada gordurosa, como tambem o fundo de sacco vesical anterior do peritoneo, que não apresentava adherencia alguma.

Convem notar que o fundo de sacco estava apenas a 2 centimetros da symphyse pubiana.

A bexiga ficou então descoberta na extensão de 5 centimetros. Estava brandamente distendida e excedia o pubis cerca de 7 centimetros. Sua superficie era percorrida por uma rêde de veias, entre as quaes se destacavam duas calibrosas, de direcção longitudinal, caminhando ao longo da linha mediana, em direcção quasi parallela.

Mantendo bem em cima o fundo de sacco peritoneal com o indicador esquerdo, tomei um bisturi e punccionei a bexiga abaixo desse fundo de sacco.

Não tardou a escoar-se a parte do liquido contido na cavidade vesical.

Fixando então cada um dos bordos da ferida vesical com uma pinça de Péan, introduzi uma tentacanula, desde logo substituida pelo indicador esquerdo e prolonguei a incisão para baixo na extensão de 3 1/2 centimetros, evitando attingir o collo por causa dos plexos venosos que ahi são muito desenvolvidos.

Durante este tempo foi o peritoneo mantido de encontro ao angulo superior da ferida por dous afastadores de Farabeuf.

Sobre cada labio da incisão vesical foram applicadas mais duas pinças de Péan, para fazer a hemostasia reclamada por quatro arteriolas bastante desenvolvidas.

As paredes da bexiga eram muito vasculares e bastante espessadas, podendo-se calcular terem uma espessura superior a 6 millimetros. Dominado o corrimento sanguineo, que se fazia pelos vasos, foi introduzido um afastador de Farabeuf no angulo superior da bexiga, para fixar esse orgão e manter os seus labios um pouco afastados.

O indicador esquerdo, introduzido então, teve logo a sensação de um calculo que foi extrahido por meio de uma pinça e em seguida de mais tres que foram extrahidos successivamente. Estes calculos que se reconheceu serem de acido urico, eram pequenos, bastante duros, de côr branca amarellada, tinham a fórma de seixos, pesavam $14^{grs.}$,80 e estavam situados no baixo fundo da bexiga, immediatamente por traz e abaixo da prostata, que se achava bastante hypertrophiada, envolvendo o collo da bexiga, á maneira de um largo e espesso anel. A ferida operatoria, bem como a mucosa vesical, foram desinfectadas por varias vezes com solução phenicada forte.

Depois de bem explorar a cavídade vesical e reconhecer que não tinha mais calculo, e que a prostata, desenvolvida uniformemente, não apresentava lóbulo pediculado ou porção que fizesse saliencia, retirei o balão de Gariel para ver si cessava o corrimento sanguineo que se fazia pela superficie interna da bexiga. Foi tambem retirada a sonda metallica.

A hemorrhagia só cedeu, porem, graças á compressão feita durante alguns minutos com um tampão de gaze introduzido na cavidade vesical.

Retirados os tampões, determinei dilatar a prostata e para isto introduzi o indicador direito, que substitui pelo indicador muito mais grosso de um dos ajudantes.

Graças a essa dilatação, que foi obtida um pouco á custa da dilaceração de parte da glandula, pude facilmente levar á bexiga,

o que até então me fôra impossivel, uma sonda de Nelaton n. 22, cuja ponta foi cortada para ficar com o orificio maior. Foi preciso de novo comprimir a parede vesical por se ter repetido a hemorrhagia.

Sustada esta definitivamente, forão de novo retirados os tampões e desinfectada toda a cavidade vesical.

Procedi então á sutura vesical, empregando para isso um fio grosso de catgut n. 3. A sutura foi feita a partir do angulo superior para o inferior, não por pontos separados mas em chuleio (surjet), introduzindo os fios á moda de Lembert, para a sutura intestinal, sem a agulha penetrar na cavidade vesical, isto é, sem atravessar a mucosa.

Deste modo, foram postas em contacto superficies e não bordos. Os pontos, que excederam em cima e em baixo os angulos da ferida, a fim de obter-se a sua completa occlusão, ficaram á distancia de 7 millimetros uns dos outros, não excedendo o numero de 5 e quanto á extensão da superficie vesical posta em contacto a avalio em 8 millimetros. Assim ficou a bexiga perfeitamente suturada, sem ficarem os labios da ferida expostos á mortificação, que poderia dar-se si mais numerosos fossem os pontos de sutura.

Antes de effectuada a sutura, está claro, tinham sido retiradas as pinças de Pean, depois de ligados dous pequenos vasos com catgut fino.

Para verificar a solidez da sutura, injectei na bexiga cerca de 150 grammas de solução boricada e nem uma gotta surdio atravez da fenda.

Terminada a sutura da bexiga, passei á da parede abdominal, que foi feita em dous planos. O primeiro, que comprehendeu todas as camadas, menos a pelle, foi suturado com catgut grosso (sutura em chuleio) e o segundo, constituido só pela pelle, foi suturado com pontos separados, empregando o fio de seda.

Em baixo, isto é, no angulo inferior da ferida, foi introduzido um dreno de gaze iodoformada, que ficou em contacto com a cavidade pre-vesical.

O curativo foi feito com iodoformio, gaze, algodão e ataduras circulares, de modo a envolverem completamente a parte inferior do ventre, o escroto e a parte superior das coxas e nadegas.

A sonda vesical foi fixada e a sua extremidade externa introduzida em um longo tubo de borracha negra, cuja extremidade mergulhava em um reservatorio contendo solução phenicada.

A operação durou cerca de hora e meia, por causa da hemorrhagia, que se fizera pela bexiga e que exigio por duas vezes o tamponamento da cavidade do orgão.

Foram gastas 200 grs. de ether ; o doente não teve salivação, nem vomitos, nem grande excitação. A temperatura que era febril antes da operação pois estava a 37°,7, desceu a 37° e o pulso de 90 passou a 97 pulsações.

Não tardou o doente a despertar.

Queixava-se de dôres fortes ao nivel da região operada. Prescrevi uma poção com 5 milligrammas de morphina e 1 gramma de sulfato de quinina em 2 capsulas ; — leite.

Marcha da molestia — Volto ás 8 horas da noite para ver o doente e sou informado de que ás 4 horas da tarde tivera fortes calafrios, seguidos de calor e suores. A temperatura está, no momento em que o vejo, a 39° e o pulso a 90. A urina expellida não tem cheiro, apresenta um deposito de sangue e sua quantidade desde a installação, isto é, durante 8 1/2 horas, é de 620 grammas. A lingua é humida e pouco saburrosa. O doente não se queixa de dôres.

Prescrevo 1 gramma de antipyrina em 2 capsulas e egual quantidade de sulfato de quinina.

A 20, pela manhã, encontro o doente em excellentes condições. A temperatura está a 37°,2 e o pulso a 86. Graças á medicação empregada, a temperatura desceu logo, durante a noute antecedente, a principio a 38°,2 e depois a 37°,2.

A lingua é humida e pouco saburrosa. A sonda que tinha sahido um pouco antes da minha chegada, é introduzida depois de rigorosa desinfecção. Dá sahida a 60 grammas de urina, que reunidas ás 500 grammas emittidas durante a noute prefazem 560 grammas.

Este liquido não tem cheiro, mas ainda se acha sanguinolento.

Prescrevo : sulfato de quinina 2 grammas em 4 capsulas ; elixir alimentar de Ducro.

A' noite 37° ; pulso 86. Urina ainda tinta de sangue ; 900 grammas (1.400 grammas em 24 horas).

A 21, 37°,2 ; pulso 90 ; urina sem sangue. Continúa o sulfato de quinina. Purgativo de agua de Rubinat. A' noite, 37°,8 ; pulso, 76 ; 1.460 grammas de urina nas 24 horas.

A 22, 36°,7 ; pulso 78. Levantado o curativo a cicatrisação era completa, menos no ponto da mecha. A' noite 37° ; pulso 74 ; 1.500 grammas de urina nas 24 horas.

A 23, 37°; pulso 80. A' noite, 37°, 4; pulso 86; 1,600 grammas de urina nas 24 horas.

A 24 e 25, 37°; pulso 72.

De 26 a 30, 36°,6 e 37°.

A 28 retiraram-se os pontos, tendo a 30 de Dezembro alta curado.

IV

(*do professor Crissiuma*)

Oliva Perangeda, branco, com 22 annos de idade, solteiro, italiano, morador em Friburgo, procurou o consultorio de molestias de vias urinarias da Santa Casa, a cargo do professor Crissiuma, queixando-se de difficuldade de micção, dôres mui grandes e erecções mui frequentes.

Pelo exame vio-se que havia um volumoso calculo que carecia de intervenção prompta, attenta a afflicção do enfermo que jazia em completo desanimo.

O Dr. Crissiuma em 30 de Outubro recolheu-o á enfermaria 18ª (de cirurgia) a cargo do professor Francisco Valladares, que gentilmente deu seu consentimento, e no mesmo dia praticou a operação da urethrotomia interna, como preparo de uma intervenção mais radical.

O doente faz datar os seus padecimentos da sua infancia, recrudescendo, porém, nestes ultimos 10 mezes. No dia 17 do mesmo mez foi feita a operação da talha hypogastrica.

Collocado o doente em decubito dorsal com branda elevação da bacia, foi chloroformisado pelo interno Moraes Jardim, praticando-se então uma lavagem rigorosa da bexiga.

Introduzido o balão de Petersen, fez-se a incisão da parede abdominal na linha branca, de extensão de 6 centimetros, situada a 2 centimetros da borda superior do pubis. Afastados os diversos orgãos abdominaes, o operador attingio a bexiga onde passou um fio de seda (para manter as bordas da incisão) e no centro dos 2 pontos fez a incisão da bexiga, cuja abertura deixou á vista um volumoso calculo que a tenetia extrahio. Immediatamente fez-se a sutura da bexiga com catgut n. 3, á moda de Lambert, e após uma lavagem de agua boricada, afim de ver-se si a occlusão era completa.

Como não sahisse liquido pela sutura, continuou-se a occlusão da ferida operatoria, sutura da parede abdominal, excepto na extremidade inferior onde se introduzio um dreno de gaze iodoformada, indo até á cavidade de Retzius.

Na bexiga foi fixada uma sonda de Nélaton n. 18 continuando-se com um longo tubo de borracha cuja extremidade livre immergia no receptaculo da urina.

No resto do dia da operação o doente passou sem novidade, tendo apenas ligeira alta de temperatura, 37°,7.

No dia 18 fez-se uma lavagem de bexiga, sahindo transparente o liquido injectado ; o doente tinha 37°,8 de temperatura. No dia 19 o doente apresentou-se calmo, sem dôres, mas com temperatura de 37°,6.

Suspendeu-se a lavagem da bexiga e receitou-se a bebida anti-phlogistica de Stoll. Nos dias 20 e 21 passou o operado sem novidade alguma.

No dia 22 fez-se o primeiro curativo, sendo tirados 8 pontos e a cicatrisação obtida por primeira intenção.

A 23 retirou-se a sonda de Nélaton e fez-se a lavagem da bexiga com agua boricada.

A 25 o enfermo começa a urinar pela ferida operatoria, sua temperatura sobe a 37°,6 e apparecem novas dôres ; as lavagens frequentes de agua boricada e a renovação diaria do curativo removeram em 2 dias estes inconvenientes.

A 28 não havia mais cousa alguma anormal ; começou-se então a fazer o curativo de 4 em 4 dias.

O doente teve alta curado no dia 15 de Novembro. (*)

V

(*do Dr. Bustamante Sá*)

F. S., brazileiro, natural de Pernambuco, branco, de 22 annos de idade, entrou para a 15ª enfermaria da Santa Casa, nos fins de Novembro de 1895.

O diagnostico, pesquizado pelos meios competentes, confirmou a existencia de um calculo volumoso.

O dia 2 de Abril foi o escolhido para a operação.

(*) Da *Tribuna Medica*, n. 5, de 1899.

Depois de todos os cuidados preliminares, inclusive a chloroformisação, passou-se na urethra uma sonda de torneira, fez-se a lavagem da bexiga e em seguida injectou-se no seio desse orgão cerca de 300 grams. de liquido. Foi usado o balão de Petersen.

Após isto passou-se ao primeiro tempo da operação, praticando-se na linha mediana uma incisão cutanea de 5 a 6 centimetros e dividindo-se na mesma extensão o tecido sub-cutaneo e o fascia superficialis. Incisada a linha alva sobre a tenta-canula, foi poupado o peritoneo e afastados os 2 labios da ferida abdominal o que deu lugar ao apparecimento da gordura pre-vesical.

Feito isto, seguio-se o segundo tempo que constou da incisão da bexiga, tendo sido punccionada no ponto mais alto e chegando ás proximidades do collo.

Aberta a bexiga foi retirado um calculo cujo peso era de 150 grammas. A sua conformação era a de uma estrella: um calculo servia de nucleo e sobre elle se engastaram quatro outros.

Terminada a operação, lavou-se a bexiga com solução phenicada a 25/1000 e começou-se a sutura que foi feita em tres camadas : uma profunda, na bexiga, outra musculo-aponevrotica e finalmente outra comprehendendo os demais tecidos superficiaes.

Fez-se o curativo e fixou-se na urethra uma sonda de demora.

O doente era rebelde ao decubito dorsal ; virava-se no leito, ficava de bruços, posição predilecta para o seu somno, o que deu em resultado uma infiltração urinosa, acompanhada de accidentes septicos que obrigaram a retirada dos pontos superficiaes. Dos profundos apenas restaram alguns e os labios da ferida vesical, livremente afastados, deixavam-se banhar pela urina que francamente transitava por todo o trajecto operatorio.

A temperatura de normal passou a 39°,6.

Receitou-se-lhe sulphato de quinina e salol. Curativos diarios. A marcha da temperatura foi descendente e a cicatrisação foi-se fazendo com lentidão, conservando-se o doente no leito 36 dias, depois do que teve alta curado. (*)

(*) Apresentada ao Gremio dos Internos dos Hospitaes no dia 10 de Junho de 1895 pelo socio João Marinho.

Talha perineal

De accôrdo com a norma previamente traçada, só lançaremos mão da talha pre-rectal, simples modificação da bi lateral de Dupuytren e que, por tal motivo, deu vau á pilheria do cirurgião francez, impressionado apenas com o indicador esquerdo no recto do doente.

Entremos na descripção.

Além dos instrumentos indispensaveis a qualquer operação sangrenta, necessarios se tornam os seguintes: um catheter curvo com sulco na convexidade; um bisturi forte de cabo fixo; um lithotomo duplo; um *gorgeret* rhombo, destinado a guiar o dedo e os instrumentos até á bexiga; uma cureta que serve por um extremo para mostrar a posição da pedra e por outro para extrahir fragmentos; pinças proprias, de fórmas e dimensões varias, destinadas a tirar as pedras.

O doente deve tomar um purgativo na vespera da operação e no dia o intestino deve ser lavado com clysteres antisepticos. Raspam-se os pellos do perineo e procede-se á antisepsia da região com o rigor necessario.

Colloca-se o doente na posição dita da talha: a bacia excedendo um pouco a borda da mesa, os membros inferiores afastados e mantidos em flexão por dous ajudantes, um á direita e outro á esquerda, que, de pé, collocam uma das mãos sobre a face interna do joelho e a outra sobre o dorso ou sobre a planta do pé.

O perineo deve ficar bem á vista do cirurgião.

As mesas de operações gynecologicas se prestam muito bem para manter o individuo na posição necessaria.

Feito isto, introduz-se na bexiga o catheter que deve ser confiado a um terceiro ajudante de bastante pratica e confiança.

O cirurgião assenta-se em lugar de altura conveniente, de modo que fique em frente ao perineo. O ajudante encarregado do catheter deve mantel-o fixo na linha mediana, introduzido na bexiga cerca de 5 centimetros.

Escusado é insistirmos sobre as lavagens prévias da bexiga; ellas fazem parte da antisepsia, sempre de necessidade absoluta.

Começa agora a operação propriamente dita, divisivel em 5 tempos.

1.º tempo — Introduz-se o indicador esquerdo no recto do doente, de modo que a polpa fique voltada para frente, tocando o vertice da prostata e podendo sentir o sulco do catheter. O pollegar esquerdo, collocado na frente do anus, deve distender os tegumentos do perineo.

Em seguida faz-se uma incisão cutanea transversa ao raphe, de 3 centimetros, cujo meio passe a 1 centimetro do anus; de cada extremo da primeira incisão, procede-se a uma outra de 2 centimetros que se dirija para fóra e para traz.

Puxa-se para traz o labio posterior da ferida e faz-se a incisão do esphincter, camada por camada. Uma vez dividido o esphincter toda a parede anterior do recto se deprime com facilidade, deixando a descoberto o fundo da ferida.

Disseca-se com um instrumento rhombo o contorno do recto até ao vertice da prostata.

2.º tempo—Conduz-se a ponta do bisturi ao vertice da prostata, de córte para a frente, ao nivel do sulco do catheter e incisa-se a urethra em porção conveniente.

3.º tempo — Introduz-se o lithotomo duplo de Dupuytren com a concavidade para cima. Para isto adapta-se o extremo do instrumento ao trilho do catheter, lançando mão da unha do indicador esquerdo para guia ; verifica-se o contacto do bico do lithotomo com o trilho e retira-se o indicador. Apprehende-se o pavilhão do catheter com a mão esquerda, levanta-se-lhe a concavidade em direcção á arcada pubiana, e, ao mesmo tempo, faz-se caminhar o pavilhão para a frente e para baixo, acompanhando sempre com o bico do lithotomo, ainda adaptado ao sulco do catheter, o duplo movimento executado. Continua-se a introduzir na bexiga o lithotomo até que elle esbarre na parte terminal do catheter, em forma de fundo de sacco.

Desencaixa-se então o lithotomo, voltando-o para um lado e ao catheter para o outro. A liberdade do movimento do lithotomo prova, assim como o choque do calculo, que se está em plena bexiga.

Isto feito, retira-se o catheter.

4.º tempo — Volta-se a concavidade do lithotomo para baixo.

Apprehende-se o cabo com as duas mãos, aperta-se a alavanca para fazer sahir as laminas e puxa-se o instrumento, abaixando-o pouco para melhor respeitar o recto.

Solta-se a alavanca desde que haja falta de resistencia ás laminas incisivas, o que indica a secção total da prostata.

Convem notar que o afastamento das laminas do lithotomo póde ser graduado mais ou menos regularmente, de accôrdo com os raios da prostata, variaveis com a idade : ao nivel da parte média o raio mediano posterior é de 17 millimetros no adulto (Sappey) ; 2 a 5 millimetros de 2 a 15 annos, (H. Bell) ; 23 millimetros no adulto o raio obliquo posterior (Sappey) ; 4 a 8 millimetros de 2 a 15 annos (Bell).

M. Senn, citado por Tillaux, dá as seguintes dimensões : 15 a 18 millimetros ao raio mediano posterior ; 20 millimetros ao raio transverso e 22 a 25 ao obliquo para baixo e para fóra.

E' o raio obliquo posterior que aqui nos interessa ; a sua dimensão, no dizer dos dous autores, 23 millimetros para Sappey e 22 a 25 para Senn, dá numeros muitos approximados.

Estas noções são de necessidade absoluta porque : « *l'incision du col de la vessie dans l'operation de la taille perineale ne doit jamais depasser les limites de la prostate* » (Tillaux).

Assim procedendo, desde que a prostata e as partes profundas do perineo estejam cortadas, escôa-se pela ferida a urina ou o liquido préviamente injectado na bexiga.

5.º tempo — Preparado o caminho resta fazer a extracção da pedra.

Começa-se por introduzir na bexiga o indicador esquerdo, o qual dá noção exacta sobre a situação, fórma, volume e numero dos calculos. Ainda com o auxilio deste dedo leva-se até á bexiga uma cureta em botão, cujo fim se resume aqui em garantir a entrada dos outros instrumentos.

Depois segura-se com a mão direita a pinça propria para a extracção de calculos (tenette) e cuidadosamente se vão introduzindo as suas colheres até ao seio da bexiga, em busca da pedra.

Retira-se a cureta. Após isto deprime-se o fundo de sacco da bexiga com a parte convexa do ramo inferior da pinça, emquanto se levanta vagarosamente o outro, inclinando o instrumento para o calculo. Si falhar esta manobra leva-se a pinça directamente á pedra, procede-se á sua abertura de modo que os ramos possam escorregar sobre os lados do calculo quando o afastamento fôr sufficiente.

Preso o calculo, convem notar si a bexiga está livre ; só depois desta convicção se procederá, brandamente, sem esforço algum, á extracção propriamente dita.

Casos ha de descolamento completo do collo vesical, consecutivo ás exaggeradas tracções feitas no sentido de tirar a pedra ; mais convem fragmental-a, si ella fôr grande, que forçar a sua sahida á custa da dilaceração dos tecidos.

Convem notar que á escolha das pinças proprias preside o criterio deduzido do tamanho da prostata. Si ha hypertrophia e o fundo da bexiga está muito deprimido convem lançar mão da pinça curva, a qual deve ser introduzida como se introduz uma sonda, isto é, de concavidade para cima. Desde que ella esteja na bexiga, volta-se-lhe a concavidade para baixo e depois de apanhado o calculo, volta-se-lhe de novo a concavidade para cima, presidindo á extracção o criterio da introducção.

Convem não esquecer o recurso dos debridamentos multiplos e profundos do collo vesical, feitos com um bisturi abotoado, nos casos em que a abertura é positivamente pequena, sendo a contusão inevitavel ao extrahir da pedra. E' um recurso aconselhado e muitas vezes invocado para os grandes calculos ; não devemos entretanto desprezar as noções relativas ao tamanho dos raios da prostata.

O que é certo é que mais vale rasgar os angulos da incisão na extracção forçada, que prolongal-a além dos limites da prostata; no primeiro caso as veias prostaticas podem passar incolumes, mas no segundo de modo algum escaparão

A este respeito assim se exprime Tillaux no Traité d'Anatomie Topographique : «*je considère toutefois cette déchirure comme moins grave que l'incision prolongée en dehors des limites de la prostate ; la pierre refoule les veines prostatiques sans les ouvrir, ce qui expose beaucoup moins que l'incision à l'hemorrhagie, à la phlébite et à l'infection purulente.*»

Curativos—Casos ha de reunião immediata dos tecidos após a talha perineal. Entretanto, não estamos autorisados a procurar tão rapida e perfeita cicatrisação. Condições particulares nos forçam a não fechar a ferida e a proceder amiude a lavagens antisepticas da ferida externa e da propria bexiga.

A asepsia é aqui muito difficil, si não impossivel : a urina que constantemente gotteja e a proximidade do anus não deixam duvida sobre a sua influencia. Ainda assim com tão máos elementos, é preciso confessar a rapidez da cicatrisação na maioria dos casos.

Indicações—Já está muito de lado a talha perineal.

Em pleno dominio da era antiseptica a talha hypogastrica perdeu a gravidade e tomou a vanguarda, deixando á perineal os casos de excepção.

Cahem no seu dominio todos aquelles calculos que, além de muito duros, estejam contra-indicados na cystotomia supra pubiana.

Uma pedra de *pequeno volume e de dureza extrema*, um oxalato, por exemplo, dá indicação á talha perineal, si bem que não exclua a da talha hypogastrica.

Um calculo, de 2 a 3 centimetros de diametro, póde sahir perfeitamente pela abertura prostatica, porém, um de 4 centimetros para cima já requer a fragmentação.

Um consideravel *estreitamento de urethra*, si não contra-indica totalmente, pelo menos difficulta muito a execução da talha hypogastrica. A replecção da bexiga pela solução antiseptica é inexequivel e o accumulo de urina no orgão é inevitavel. Do primeiro embaraço nasce a difficuldade e do segundo resulta a falta de limpeza, sempre necessaria ao bom exito das operações.

Urge livrar o doente da pedra e o recurso, neste caso, parece consistir somente na talha perineal, porque si é impraticavel a cystotomia supra-pubiana, as mesmas razões excluem totalmente a lithotricia.

Appellar para a operação prévia do estreitamento da urethra, é cahir na confissão da difficuldade.

A' possivel objecção de que o estreitamento precisa ser operado, quer antes, quer após a extracção da pedra, podendo sel-o antes, para aproveitar uma outra indicação, responderemos do mesmo modo, acreditando, entretanto, que tudo isso seja possivel.

Guyon possue um caso, referido por Desnos, de um calculo phosphatico volumoso, acompanhado de estreitamento de urethra. Não podendo executar a dilatação gradual, Guyon praticou a urethrotomia interna e um mez após procedeu á lithotricia, curando o doente si bem que elle soffresse de nephrite intersticial.

O caso de Gauley, que reunio em uma só sessão a urethrotomia e a lithotricia, não tem resultados conhecidos.

Para alguns cirurgiões, não se torna necessario o estreitamento intransitavel da urethra, complicando um calculo duro, para a indicação da talha perineal. Basta que a bexiga tenha *pequena capacidade*, que não deixe distender-se bastante, para fazer relevo na região hypogastrica.

O professor Dr. Domingos de Góes que, com brilhantes resultados tem praticado muitas talhas perineaes, em face de um calculo « *muito friavel, adherente á bexiga* » e de pequeno volume, praticou a talha perineal, apresentando como contra-indicação á cystotomia supra-pubiana, a « *pequena capacidade da bexiga* ».

Na observação do professor Pereira Guimarães, já citada quando tratámos da talha hypogastrica, a bexiga do doente,

« *brandamente distendida* », deixou ficar o fundo de sacco peritoneal « *apenas 2 centimetros acima do pubis* », o que podia dar como consequencia a lesão da serosa.

O decubito dorsal constante, durante dias, a que se obriga o doente na talha hypogastrica, não é bem tolerado pelos velhos. Na opinião do professor Dr. Domingos de Góes é *a idade*, por motivo contrario, uma das indicações da talha perineal.

De facto, não ha nesta operação necessidade da exigencia de decubito deste ou daquelle modo ; o doente procura os seus commodos e conserva-se á vontade.

Contra-indicações — No numero das condições que contraindicam a talha perineal, temos todos os estados que perturbam a posição classica exigida para a sua pratica.

E' facil de vêr que no caso do Dr. Bois — ankylose do femur direito em extensão e em ligeira adducção—citado nos «Apontamentos de clinica cirurgica» do professor Dr. Domingos de Goes, seria absurda a exequibilidade da talha perineal, em virtude da posição do membro, que havia sido victima d'uma coxalgia suppurada.

D'aqui se conclue que é imprescindivel a integridade dos movimentos dos membros inferiores, ou pelo menos das articulações coxo-femuraes, a não ser que o acaso leve o defeito á posição que se requer.

Uma outra condição inherente ao individuo, que impossibilita ou perturba a pratica desta operação é a *exiguidade anormal do estreito inferior da excavação pelviana*, consequencia de deformação ou de rachitismo. Si bem que, casos desta natureza sejam muito raros, nas proporções de não darem sahida a um calculo, é conveniente, entretanto, lançar mão do tamanho da linha bi-ischiatica.

Thompson refere o caso de uma criança, na qual a extracção de um calculo de 15 millimetros de espessura, 28 de comprimento e 22 de largura, foi embaraçada por difficuldades desta natureza. A criança falleceu e a bacia preparada deu a seguinte medida — diametro antero-posterior 22 millimetros.

N'um outro caso, citado por Thompson e attribuido a Clive, os ischions eram tão approximados que, introduzida a pinça (tenette) e apprehendida a pedra, o cirurgião declinou da pretenção de extrahil-a e passou a fragmental-a.

A *obesidade* confere ao perineo tal espessura, as nadegas são por tal fórma desenvolvidas, que o obstaculo anteposto e a profundidade da região, forçam a escolha de outro meio menos embaraçoso : « *Or, il est certain que plus le chirurgien trouve de*

difficultés, plus le patient court de dangers ; il existe en general entre les deux une proportion parfaite » (Thompson).

Já nos temos referido ao *volume do calculo* e é aqui occasião de voltar ao assumpto.

Uma pedra grande não passará pela abertura prostatica, respeitando os angulos da ferida, si a incisão não ultrapassar a prostata.

Ora, como já dissemos, é mal menor rasgar os angulos que cortal-os, visto como na segunda hypothese a eminencia á hemorrhagia, á phlebite e á infecção purulenta, têm maior cunho de certeza.

Mas para dilacerar as bordas da ferida é preciso exercer fortes tracções, o que, com ser contrario á regra da extracção dos calculos, póde occasionar contusões de más consequencias e descolamentos do collo vesical.

Entretanto, lancemos isto para o lado; supponhamos que se a pedra transpuzer o caminho, ainda que contundindo e dilacerando, tudo volte ao primitivo estado e olhemos para outra difficuldade, para o tamanho da pedra, superior ou mesmo igual á largura da arcada pubiana.

Agora, nem as exaggeradas tracções chegarão a realizar o desejo de quem puxa; a impossibilidade é palpavel, absoluta : « *elle arc-boute contre les bords osseux, qui offrent une resistence invencible* », diz Tillaux, por occasião da apologia da talha lateralisada, quando se refere á extracção das grandes pedras pela operação de Dupuytren.

O *enkystamento dos calculos* é uma das serias contra-indicações á talha perineal.

O calculo póde estar quasi completamente encerrado n'uma loja vesical, apenas apresentando uma pequena superficie em communicação com o orificio do kysto. Estes casos são muito raros.

A pedra assim enkystada soffre depositos calcareos successivos no ponto descoberto e assim, no fim de algum tempo, proemina na superficie interna da bexiga um outro calculo, ou melhor, uma continuação do primeiro.

Murrahy Humphrey quatro vezes com successo operou um mesmo doente e só na quarta descobriu um calculo enkystado, inatacavel pela talha lateralisada, extrahida depois pelo recto-vesical, seguida de peritonite e morte.

Afigura-se-nos uma contra-indicação de alto valor á talha perineal; assim se formula a opinião de Thompson :

«*La situation anormale du calcul est, après son volume considerable, la condition la plus defarovable pour l'operation*».

A *adherencia dos calculos* é outra contra-indicação da talha perineal.

Depara-se-nos como caminho mais facil a região hypogastrica; a exploração é directa, a superficie interna da bexiga é visivel, as manobras destinadas a destruir as adherencias são mais certeiras e os meios para combater a hemorrhagia mais exequiveis. Mas, curvamos a cabeça á opinião do prof. Dr. Domingos de Góes, em cujas observações ha um caso de calculo adherente, extrahido com facilidade pela talha perineal, seguida de brilhante resultado.

Quanto ao *numero das pedras* já tivémos occasião de falar, quando tratámos da talha hypogastrica.

A talha perineal póde dar sahida a muitos calculos, por isso mesmo que dá sahida a um.

Tudo parece depender dos cuidados no exame da bexiga.

E' frequente a multiplicidade das pedras e casos ha de accusações relativas á permanencia de uma dellas depois da intervenção cirurgica; essa eventualidade é tanto mais possivel quanto menor fôr o numero dos sentidos postos em actividade de pesquiza e a talha perineal apenas de um se soccorre, difficil ainda assim, de ser exercitado. Cabe-lhe maior quota nas probabilidades do erro.

Dir-se-ha que o defeito é, neste caso, maior do operador que da operação; em tal proposição ha traços de verdade, mas aqui criticamos operações e não operadores.

Não é, por certo, esta circumstancia formal contra-indicação ao processo que descrevemos, mas em face d'um diagnostico de calculos multiplos, depara-se-nos mais razoavel a via hypogastrica, capaz de offerecer exame mais positivo, conhecimento mais perfeito do que vae pelo interior do orgão.

O *prolapso do recto*, muito frequente nas creanças, põe em difficuldades o cirurgião na pratica da talha perineal.

Si a reducção é facil a operação é exequivel, não attestando ainda assim a diminuição da difficuldade; si, porém, esta circumstancia que comsigo acarreta a possibilidade, não se realizar no momento da intervenção, a esta fallecem todos os direitos de ser sobre o perineo.

A *rigidez do collo vesical*, frequente pelos progressos da edade, é outro embaraço a mencionar. Varia essa dureza dos tecidos com os individuos e nada tem a ver com a hypertrophia da prostata.

Desde que ella exista os tecidos cedem pouco á pressão e a incisão necessaria para um caso normal, carece aqui de augmento consideravel ou de violencia : « *On est en face d'un double ecueil— ici dechirure là incisions trop étendues.* » (Thompson)

Quer um quer outro recurso são condemnaveis e diminuem as probabilidades de successo.

A *hypertrophia da prostata* si bem que traga maior extensão de glandula como garantia ás grandes incisões, traz tambem, como inconvenientes, dous modos diversos de perturbação ao acto de extrahir a pedra:

1.° Afasta a bexiga dos tegumentos, torna o perineo mais profundo, impedindo o dedo de penetrar no reservatorio urinario; 2.° dá ao calculo má posição, ou porque fique de todo occulto no fundo da bexiga, atraz do collo, ou porque um tumor se levante entre elle e a incisão vesical.

Não se deve deduzir do que fica a impossibilidade da operação só pelo facto da hypertrophia desta glandula.

Nestes traços, um tanto comparativos, imprescindivel se tornava que ficasse consignada essa contra-indicação apenas relativa.

A *impotencia sexual*, si bem que não seja fatal resultado da talha pelo córte dos canaes ejaculadores, é entretanto, pela possibilidade, uma circumstancia, digna de tal attenção e tal valor, que por si só póde arredar a pratica da talha perineal.

Falando sobre a incisão mediana posterior, na talha outr'ora aconselhada por Marechal, assim se exprime Tillaux : « . . *si elle met à l'abri de la division des plexus veineux prostatiques qui sont situés sur les côtés, elle expose à la seccion des canaux ejaculateurs, circomstance qui doit faire absolument rejeter ce procédé, au moins chez les jeunes sujets.* »

O mesmo se póde dizer em relação ao processo que descrevemos, no qual a secção dos canaes ejaculadores não é facto virgem.

Tambem muitas vezes se observa a integridade das funcções genitaes ; o professor Dr. Domingos de Góes, na sua clinica, possue casos desta ordem.

Tendo, porém, á mão outro meio, de resultados tão seguros no minino, extreme dessa consequencia possivel e provavel, é racional a sua imposição — *au moins chez le jeunes sujets.*

Verdade é que nem sempre a impotencia sexual é o resultado do córte dos canaes ejaculadores, na talha perineal. Algumas vezes, si bem que raras, a talha lateralisada deixa após si a mesma consequencia; attendendo, porém, á integridade que esta

operação confere a um dos canaes, logo se vê que a consequencia não pertence genuinamente á operação, declinando mais para qualquer alteração morbida simultanea dos dous canaes seminiferos, irrompendo em manifestações depois da lithotomia.

O que se diz, neste particular, da talha lateral, póde ser transferido para a de Nélaton ; assim decorre que nem sempre da grave e acabrunhadora consequencia, deve ser acoimada a talha pre-rectal.

Individuos ha, e um conhecemos, que depois de terem curtido por longos annos os atrozes soffrimentos de um calculo, livres delle, esquecem-se que são longevos e responsabilisam o cirurgião pelo descalabro sexual.

Não é, portanto, constante a lesão dos canaes ejaculadores ; mas, ante a possibilidade e tendo bem em mente a grandeza da consequencia, a razão parece indicar a escolha de outro meio, louvando-se nas derradeiras palavras da citada phrase do professor Tillaux.

A *incontinencia de urina* é uma das consequencias da talha perineal, muito mais frequente nos casos de grandes calculos e cuja explicação, apezar das variadas hypotheses, ainda não satisfaz plenamente.

A lesão do recto é um dos graves accidentes, possivel de sobrevença, na talha perineal.

Nos casos de recto normal, a technica, o conhecimento da região e da operação, garantem o abrigo do orgão.

Si, porém, houver uma *dilatação anormal*, não por materias fecaes, porque suppomos o emprego prévio do purgativo e clyster, mas por uma outra causa qualquer que não nos importa, o orgão ameaçado está na eminencia de ser ferido.

Dissertando sobre os cuidados que garantem a integridade do recto no decurso d'uma talha, assim termina o professor Thompson : « . . . *l'intestin ne saurait être blessé, à moins qu'il ne presente une dilatation anormale, comme il arrive chez quelque sujets, ou qu'il ne soit distendu par des matières fecales, si l'on n'a pas pris le soin de le vider préalablement à l'operation par un purgatif ou un lavement.* »

A cicatrisação do perineo nem sempre se faz totalmente, donde resulta a *persistencia de uma fistula* muitas vezes rebelde a todos os tratamentos.

N'um caso, observado na 14ª enfermaria do Hospital da Misericordia, a cargo do professor Dr. Domingos de Góes, houve a permanencia de uma fistula urinaria, rebelde ás cauterisações

com nitrato de prata fundido no extremo de um estylete e que requisitou novos cuidados de ordem superior.

Claro é que havendo deposito de phosphatos na superficie da ferida, porque a urina com ella está em contacto e por ella passa, a cicatrisação seja obstada e a cura dependa, como sempre, da extincção da causa.

Casos ha muito superiores em gravidade a esses depositos e ante os quaes fraqueiam as intervenções e conhecimentos : assim são as alterações da prostata.

E' certo que tambem no hypogastrio póde ficar uma fistula após a cystotomia supra-pubiana, mas esta ultima collocação muito menos incommoda é para o doente e muito mais facil para a intervenção cirurgica inclinada a remediar o trajecto deixado.

Com isto queremos mostrar que no perineo a fistula se estabelece com mais facilidade, curando-se com difficuldade maior, donde resulta até certo ponto uma contra-indicação relativa, ou antes, uma menor indicação para a talha perineal, nos casos de bexigas já um tanto alteradas pela existencia antiga de um calculo.

OBSERVAÇÕES

I

E. C. L., brazileiro, natural da Parahyba do Norte, solteiro, branco, morador á Ponta do Cajú, entrou para a 14.ª enfermaria do Hospital de Misericordia a cargo do Dr. Domingos de Goés no dia 23 de Março do corrente anno.

Interrogado declarou que o seu mal o atormentava desde os 9 annos de idade. Desde então sempre passou mal as micções eram frequentes e dolorosas.

Occupava-se entretanto do seu trabalho que era a lavoura, ainda que com frequentes interrupções.

Ha oito annos, desta data para traz, passou 6 mezes em Pernambuco ; d'ahi seguio para o Rio de Janeiro.

Ultimamente ha 2 mezes (25 de Dezembro para cá) deixou de trabalhar por lhe ser impossivel supportar as dôres do seu soffrimento.

Teve sarampo aos 13 annos. Refere mais ter tido cancros venereos sem lhes precisar a natureza syphilitica ou não, seguidos de adenite.

O interrogatorio relativo á molestia fazia crer que se tratava de um caso de calculo vesical.

De facto a simples introducção de uma sonda de gomma deu a sensação caracteristica a semelhante corpo estranho.

Não se prolongou o exame com outras manobras exploradoras, visto como os dolorosos espasmos appareciam até á simples lembrança da sondagem.

Proposta a operação foi escolhida a talha perineal e marcado o dia 24 para a sua execução.

Nesse dia, depois dos cuidados prévios, foi posto em pratica o processo de Nelaton, que deu lugar á extracção de um calculo mais ou menos espherico e pouco maior que uma noz. Era esse calculo formado de uratos cumprindo notar que á volta delle

havia uma camada de phosphatos que foi despedaçada no momento da extracção.

No dia da operação, á tarde, apresentava o doente 38° ; lingua saburrosa.

No dia immediato, 25 pela manhã 37°,5 ; a lingua continua ainda muito saburrosa ; foi-lhe prescripto um purgativo de citrato de magnesia.

Neste mesmo dia á tarde 38°,1.

No dio 26 pela manhã 37°,6.

Foram prescriptas lavagens intestinaes com solução boricada.

A' tarde 38°,3. Escusado é dizer que até aqui a bexiga era lavada diariamente com solução boricada.

No dia 27 pela manhã 38°; á tarde 38°,3 ; continuam as lavagens intestinaes.

No dia 28, 37°,6 pela manhã e 38°,1 á tarde.

No dia 29, 37°,5 e 37°,8.

No dia 30 a temperatura vai a 37° pela manhã e á tarde 37°,3. A ferida operatoria está em via de cicatrisação ; o doente ainda urina pelo perineo.

Em virtude de uma blenorrhagia que o doente apresentava foram instituidas lavagens com permanganato de potassio.

No dia 31 pela manhã 37° ; á tarde 37°,5.

No dia 1 de Abril 37°, pela manhã e á tarde.

Dahi em diante a temperatura corre normal.

A cicatrisação do perineo não foi completa ; ficou uma fistula com a qual se retirou o doente do Hospital para de novo voltar no fim de algum tempo em busca de tratamento desta affecção.

No dia 7 de Agosto do corrente foi feita a segunda intervenção : debridamento, raspagem e cauterisação do trajecto fistuloso.

O doente continua na enfermaria á espera da cicatrisação do perineo.

Lithotricia rapida ou litholapaxia de Bigelow

Nas mãos de Bigelow recebeu a lithotricia rapida impulsos possantes para chegar até hoje.

Imaginada por diversos cirurgiões francezes, inclusive Courty, adquirio nas mãos do seu propulsor o cunho pratico e substituio a lithotricia lenta, de numerosas e espaçadas sessões, sem anesthesia e com um cortejo de accidentes mais ou menos graves.

A lentidão com que caminhava a lithotricia *na vereda do progresso*, attribuio-a o celebre professor da Universidade Harward aos accidentes, antes vinculados á permanencia dos fragmentos da pedra na bexiga, que ás manobras executadas durante a operação, no interior do orgão. E, assim pensando, a sua attenção deixou-se levar para as saliencias agudas dos fragmentos— corpos extranhos offensivos que gravemente traumatisam a mucosa vesical.

Nessas idéas repousa um principio que assim se formula :

> « Sob a acção do chloroformio, em uma unica secção, podendo durar uma ou mais horas, deve-se reduzir a pedra a fragmentos sufficientemente pequenos, para que a bexiga possa ficar inteiramente livre delles. »

A idéa capital, portanto, é prevenir a acção malefica dos detrictos sobre a mucosa vesical, por uma evacuação immediata e tão perfeita quanto possivel dos fragmentos ponteagudos dos calculos :

> « O fim principal de Bigelow é a expulsão dos fragmentos e por isso elle chama ao seu methodo — litholapaxia. » (P. Werneck, These de doutoramento).

Nem sempre a pratica consente o respeito absoluto ao principio formulado; a evacuação completa da bexiga póde ser inexequi-

vel e neste caso o recurso está em prolongar as sessões diminuindo-lhes o numero; d'ahi a outra denominação — lithotricia de sessões prolongadas—dada á lithotricia rapida.

Os cirurgiões, em geral, concordam que a anesthesia dá margem ao prolongamento das sessões de litholapaxia, facilitando a extracção do calculo logo da primeira vez e permittindo o desembaraço completo da bexiga.

Antes das idéas do cirurgião norte-americano a bexiga era acoimada de irritavel em excesso. Dessa circumstancia derivavam os accidentes.

Quando ainda a anesthesia não era, neste caso, o soccorro commum, por delicadas que fossem as manobras no seio do orgão, ao cabo de 3 minutos as afflictivas dôres do operando tolhiam a operação.

Com Bigelow entra o chloroformio em soccorro do paciente, dando livre tempo ao operador, que, como o cirurgião de Harward, póde gastar 3 horas e 45 minutos numa só sessão, extreme de accidentes.

O prefessor Barão de Pedro Affonso, na 13ª enfermaria do Hospital da Misericordia, onde varias vezes praticou a litholapaxia, instituio, como auxiliar do chloroformio, a injecção prévia, na bexiga, de uma solução de chlorhydrato de cocaina.

Portanto, predomina hoje a anesthesia, com exigencia de rara habilidade do operador, porquanto os gritos do operando estão tolhidos para responder ao esmagamento da bexiga.

O instrumental cirurgico, sendo necessario triturar e evacuar, consta em synthese de lithotridores e apparelhos evacuadores.

Os lithotridores são instrumentos fortes, compostos de duas partes moveis, chamadas ramos; um delles apresenta uma gotteira em toda a extensão— é o ramo femea; o outro termina de um lado por um mordente que vae adaptar-se ao ramo femea, quando fechado o instrumento, e de outro lado continúa com o cabo de lithotridor.

Aqui o mechanismo permitte fazer caminhar os ramos um sobre o outro, afastando ou approximando os mordentes segundo o sentido do movimento impresso á mola encarregada dessa manobra.

Uma escala graduada na extremidade do instrumento permitte a avaliação do calculo.

Os lithotridores ou têm ou não têm janella; estas modificações são sempre do ramo femea. Os primeiros reduzem os calculos a fragmentos muito pequenos; apresentam a vantagem de

não conservarem esses fragmentos tão adherentes como os segundos. Estes são destinados a pulverizar os calculos; apresentam a colher do ramo femea mais larga que a do ramo macho; são de menor potencia e encravam com facilidade.

Ha grande variedade de lithotridores em relação á forma, peso e dimensões.

Bigelow e seus partidarios adoptam instrumentos grossos e pesados; Guyon e Thompson preferem os leves.

Entre os apparelhos evacuadores temos os aspiradores de Thompson e de Guyon, sendo o segundo uma modificação do primeiro.

O aspirador de Thompson é composto de uma peça periforme de gomma elastica, dotada de torneira e funil, havendo um recipiente de vidro entre a pera e o catheter, communicando este com o recipiente por um tubo.

Na extremidade interna deste tubo ha uma valvula que evita a passagem dos fragmentos, permittindo a dos liquidos, em virtude da funcção filtrante de uma rêde metallica que ahi existe.

No aspirador de Guyon, entre a peça e o cylindro de vidro da parte inferior, ha uma rêde metallica, que se oppõe á penetração dos fragmentos na pera e á sua propulsão na bexiga. A sonda evacuadora fórma com o tubo um angulo recto; o tubo por sua vez fórma um angulo agudo com a peça de gomma elastica. E' sobre elle que está o mostrador de vidro.

Como complemento aos aspiradores vêm as sondas; as preferidas são de pequena curvatura.

Após esta rapida indicação do material cirurgico proprio á litholapaxia, vejamos o que diz respeito á operação. Como em todos os casos precedentes, aqui os cuidados preparatorios, synthetisados no purgativo e clyster, raspagem de pellos, etc., não devem ser desprezados, soffrendo, entretanto, as restricções proprias do caso.

1.º tempo — Depois de perfeitamente chloroformisado o doente deve guardar, na mesa de operações, o decubito dorsal, tendo a bacia um pouco mais alta, os membros inferiores um pouco afastados, as pernas em flexão sobre as coxas e estas sobre a bacia.

O operador colloca-se do lado direito do doente; conserva na mão direita o lithotridor, suspende com a esquerda o penis, afastando com os dedos indicador e pollegar os labios do meato urinario e faz penetrar o instrumento até á porção bulbosa. Neste ponto, o lithotridor deve ser mantido em posição vertical e abandonado ao proprio peso, para descer até á porção prostatica;

d'ahi o cabo do lithotridor deve ser gradualmente inclinado entre as coxas do doente até que penetre na bexiga.

2.º tempo — Apprehensão e trituração do calculo — (Lithotridor de Guyon).

Pega-se a extremidade (poignet) cylindrica do tambor do lithoclasta com os ultimos dedos da mão esquerda e applica-se o pollegar sobre o balanço (bascule), para se poder abrir e fechar a pórca quebrada (ecrou brisé) abaixando e levantando o balanço. Procura-se mais uma vez reconhecer o calculo com o instrumento agora introduzido na bexiga.

Reconhecido o calculo abre-se a pórca, mantem-se fixo o ramo femea, segura-se com os primeiros dedos da mão direita o volante que faz parte da extremidade do ramo macho, leva-se este á frente até que a extremidada interna esteja em contacto com o collo vesical e deprime-se levemente o fundo da bexiga com a extremidade vesical do ramo femea.

Logo que o calculo tenha cahido entre os ramos do instrumento, leva-se o ramo mais para traz até que o calculo fique preso; fecha-se a porca para fixar este ramo; lê-se sobre a escala metrica do ramo macho o diametro do calculo no ponto apprehendido; leva-se a pedra assim presa ao meio do orgão, depois da convicção, em virtude de livres movimentos, que a mucosa vesical não foi pinçada, e procede-se ao esmagamento fazendo gyrar o volante.

Si o calculo resiste, abre-se a pórca para soltar o ramo macho, mantem-se firme o tambor e procede-se ao esmagamento, dando diversas martelladas fracas no extremo do ramo movel e terminando por uma forte.

Esmagado o calculo a operação deve continuar até que os fragmentos não possam mais ser apprehendidos entre os ramos do lithoclasta.

3.º tempo — Extracção do lithoclasta — Depois de ter levado o ramo femea ao meio da bexiga com o bico para cima, approxima-se delle o ramo movel, fecha-se a pórca e retira-se o instrumento como se retira uma sonda de curvatura rapida.

4.º tempo — Evacuação dos fragmentos — A evacuação dos fragmentos póde ser feita de dous modos: pelas lavagens ou pela aspiração.

Para se proceder ás lavagens introduz-se na bexiga uma sonda metallica evacuadora á qual se adapta uma seringa com a capacidade de 250 a 300 grammas: por meio d'ella injecta-se na bexiga um terço ou mais do liquido contido.

Depois retira-se a seringa e o liquido que se escôa leva comsigo os fragmentos do calculo. Esta operação deve ser repetida até que não haja mais fragmento algum.

Para se proceder á aspiração substitue-se a sonda evacuadora pela grossa sonda metallica do aspirador; este, previamente cheio de liquido, é adaptado n'aquella. Neste rumo o operador comprime lentamente a peça de borracha do apparelho que aspira; assim se injecta o liquido na bexiga até á percepção da sua resistencia. Solta-se, então, a pera cujas paredes voltam á posição deixada, attrahindo, aspirando o liquido que ha pouco sahira forçado pela pressão e que desta vez traz no seu seio os detrictos do calculo esmagado na bexiga.

Nova pressão na pera, novo abandono e volta de novo do liquido injectado nesta repetição. Assim se continua comprimindo, augmentando á força a pressão externa, e não comprimindo, deixando que o liquido da bexiga por ser mais forte que a pressão atmospherica na superficie da pera, possa com velocidade voltar ao mesmo ponto, levando no seu seio as poeiras da pedra, revolvidas neste vae-vem do conteudo commum. Assim se vão retirando os detrictos que, em chegando ao apparelho, se depositam no reservatorio sem voltar á bexiga.

Esse reservatorio póde ser retirado e de novo collocado á vontade do operador.

Por esse tempo a anesthesia deve correr profunda.

Terminada a operação têm lugar os cuidados neccessarios e os curativos convenientes a qualquer calculoso.

Indicações — A lithotricia é, das tres operações destinadas á cura da pedra na bexiga, a que maiores difficuldades offerece.

Entre nós são raros os casos da sua escolha.

Carece o cirurgião de rara habilidade e longa pratica para fazer o que actualmente só é dado a Guyon.

Entre nós as pedras são raras, diz o pranteado professor Bulhões na memoria que apresentou ao 1.° Congresso de Medicina e Cirurgia.

No Hospital da Santa Casa de Misericordia, de grande movimento cirurgico, os casos não se repetem a miude.

A exiguidade dos casos tolheu a pratica e a lithotricia declinou. Os poucos que apparecem são da talha, ou perineal ou hypogastrica. Sobeja razão para assim proceder: a vida do cliente e o credito da clinica pesam na balança destas operações, mas pesam por tal fórma que a lithotricia é lã e ellas são chumbo.

O finado professor Bulhões dizia nas suas aulas de clinica cirurgica, repetindo a phrase de um cirurgião illustre, que tal

operação não devia ficar sepultada nas flôres atiradas áquelles que bem a praticavam. Mas, dizendo isto, tambem concordava com a difficuldade da pratica.

Entreguemos a penna ao sabio e honrado Mestre, tão sensivel na sua falta quão util na sua vida :

«A lithotricia rapida de Bigelow, representa, por certo, uma das mais bellas paginas da cirurgia moderna, e tão firmes são os alicerces sobre que repousa, que, desde logo, ganhou a confiança dos especialistas eminentes de todos os paizes.

As volumosas estatisticas de Thompson, Keith, Guyon e Dittel assignalam uma mortalidade de 6 % que em absoluto não tem sido registrada por nenhum outro processo operatorio ; e si tomarmos mais em consideração o restabelecimento prompto dos operados, a preferencia dada sempre a um processo não sangrento, desde que uma contra-indicação manifesta não a repilla, devemos acreditar que a litholapaxia difficilmente será supplantada pela sua rival.

«Lithotrity neglected had better not be done at all» são palavras do velho mestre Sir Henry Thompson, que resôam sempre aos ouvidos do estreante, quando maneja um lithotridor calibroso na bexiga tolerante e sem protesto de um individuo anesthesiado.

Assim como ha cirurgiões que não se fazem bons operadores, do mesmo modo ha operadores que, não sendo dotados pela natureza de certos dotes especiaes, jamais se habilitarão em certas operações, que, como diz Konig, constituem uma verdadeira arte.

A lithotricia não ficará « sepultada debaixo das flôres atiradas sobre os cirurgiões que a praticam com successo», para nos servirmos das palavras de Guyon; mas, approximando-nos do modo de pensar Konig, diremos que ella será sempre a aristocrata, que fez sua entrada no mundo scientifico em pleno seculo IX ; que, para conquistal-a é neccessario ũa mão sensivel e uma educação aprimorada.

«A talha ao contrario é de todos os tempo ; é mais facil e mais accessivel, basta um pouco de geito e ousadia para vencer as suas difficuldades».

Deante de tudo isto, da grande difficuldade, da habilidade especial exigida como condição *sine qua*, do geito natural e não adquirido pelo labutar continuo, deante de todos esses requisitos de necessidade intransigente, resalta que a escolha, a indicação, deve ser procurada com perspicacia maior n'aquelle que opera do que n'aquelle que vae ser operado.

O acto exige que se aponte o cirurgião; eis ahi a causa dissolvente de grande numero das indicações da litholapaxia. A operação é ideal e a fazel-a só chegará quem tiver dotes proporcionaes.

Ahi ficam as indicações relativas a quem opera.

Vejamos o resto.

A principal condição que indica a litholapaxia reside na *consistencia do calculo.*

Na ausencia de contra-indicação um calculo phosphatico lembra a lithotricia.

Augmentará ainda a indicação o *volume da pedra*. Si além de molle ella fôr pequena, esta ultima circumstancia reforça ainda mais a indicação discutida.

Um calculo molle e pequeno é, portanto, um calculo que deve ser destinado á lithotricia.

Supponhamos mesmo que o calculo seja duro, que seja um urato e até um oxalato. Ainda a lithotricia o poderá esmagar, porque os instrumentos em uso já têm uma potencia extraordinaria.

Nem por outro motivo Cheever extrahio no fim de 3 horas um oxalato de calcio e Thomaz Wrigth uma pedra da mesma natureza em 45 minutos.

James Adams em pouco mais de 1 hora triturou um oxalato de calcio de 5 oitavas.

Keyes pulverisou um de igual natureza com 30 grammas de peso.

Não se destroe, pois, a indicação por esse motivo si bem que se diminua.

A *idade* favorece a lithotricia mas não a indica formalmente.

E' no adulto que esta operação apresenta resultados mais lisonjeiros : a urethra dá calibre sufficiente para a introducção e manejo dos instrumentos.

São estas as indicações da litholapaxia.

Contra-indicações — Acabámos de dizer que a dureza do calculo por si só não era obstaculo sério ao esmagamento de uma pedra. Mas, alliemos essa dureza de oxalato a um volume consi-

deravel e a contra-indicação transparecerá. De facto, uma pedra dura com mais de 4 centimetros de diametro, apezar da potencia reconhecida dos novos instrumentos, deve antes lembrar uma talha hypogastrica que uma lithotricia.

Diz o Dr. P. Werneck na sua these sobre a lithotricia :

> « Quando a concrescencia apresentar mais de 2 centimetros de diametro e fôr urica ou oxalica, contra-indica por si só a lithotricia, ainda que a bexiga não apresente lesões graves, pois que as arestas vivas dos fragmentos são sufficientes para desenvolverem a cystite e a nephrite graves. »

A *adherencia do calculo* é uma outra séria contra-indicação. O professor Dr. Domingos de Góes nos seus « Apontamentos de Clinica Cirurgica », discutindo a operação praticada n'um calculoso, assim se exprime :

> « Em resumo, não empreguei a lithotricia : 1°, por ser o calculo muito friavel e se achar fortemente adherente á bexiga, d'onde a impossibilidade de ser rigorosamente apprehendido afim de ser destacado ; 2°, . . . »

Era, neste caso, o calculo muito friavel, mas cremos que mesmo na ausencia desta condição a adherencia por si só põe de lado a lithotricia.

O calculo adherente sendo uma contra-indicação, por motivos ainda mais fortes o *enkystamento* contra-indica a lithotricia.

« *On peut voir*, diz Thompson, *un calcul renfermé tout entier dans une loge vesicale, et ne présentant qu'une petite partie de sa surface accessible au niveau de l'orifice du kyste.* »

Em casos taes é impraticavel a lithotricia ; o proprio diagnostico é de extrema difficuldade : « *le malade, qui resta dans le service de M. Arnald pendant la plus grande partie de l'année 1850, avait été sondé frequemment , mais une fois seulement, une seule, on avait senti le calcul.* (Thompson).

Uma outra contra-indicação é a existencia de uma *pedra formada ao redor de um corpo estranho inquebrantavel.* E' claro que se a pedra fôr susceptivel de trituração, restará, no fim de contas, o corpo que vai servir de nucleo a um outro calculo.

A *multiplicidade dos calculos* pela difficuldade que offerece á pratica da lithotricia é uma das condições de rejeição. E' verdade que sendo, por exemplo, dous calculos apenas, molles e pequenos, a lithotricia póde e deve ser empregada.

D'isto se conclue que ainda neste caso a contra-indicação mais se acha vinculada á natureza da pedra e ao seu volume que ao numero que representam, a não ser que este seja avultado.

O *calibre reduzido da urethra*, como sóe acontecer antes dos 15 annos, contra-indica, se bem que não em absoluto, a pratica da lithotricia:

«*Cette contre-indication n'est pas absolue; car, depuis quelque temps, on fabrique, notamment à Londres, des lithotriteurs assez peu volumineux pour passer chez l'enfant et neanmoins très solide.*»

O estreitamento invencivel da urethra tem sido apontado como uma contra-indicação em virtude da difficuldade que traz á pratica da lithotricia.

Alguns cirurgiões julgam esse estado de nulla influencia, desde que como preliminar sobre elle se actue, restabelecendo o calibre primitivo.

A *hypertrophia da prostata* é uma outra contra-indicação.

Ella difficulta muito a lithotricia, impedindo a apprehensão do calculo no começo e a expulsão dos fragmentos no fim.

E' muito grande a difficuldade da introducção dos instrumentos por causa da mudança concomitante da direcção e do calibre da urethra.

O desvio desse canal está de accôrdo com a natureza da hypertrophia: a do lóbo mediano traz o desvio no meio da porção prostatica da urethra e uma curva mais ou menos pronunciada, formada á custa da saliencia da parede posterior do canal, toma o lugar de uma linha quasi recta; se a hypertrophia do lóbo mediano proemina para traz, modificações se apresentam no orificio urethro-vesical, como seja a de um crescente de convexidade superior; algumas vezes á hypertrophia do lóbo mediano addiciona-se a de um dos lateraes, donde resulta desvio da urethra para o lado opposto ao da hypertrophia.

Os manejos executados n'uma urethra assim, devem vir temperados de saber e criterio para evitar hemorrhagias.

A apprehensão do calculo é difficil quando elle se esconde por traz da prostata; esmagado que seja os fragmentos da concreção ahi se alojam tambem.

A *intolerancia da bexiga* é mais um elemento inclinado a rejeitar a lithotricia.

Doentes ha que á simples sondagem soffrem calafrios intensos e repetidos acompanhados de febre, ausente de qualquer complicação renal.

Sendo a bexiga séde de pequena irritação sem alteração da urina, a lithotricia póde ser praticada ; si, porêm, houver espessamento das paredes com diminuição da capacidade, a pratica difficulta-se e o resultado periga.

A *retracção da bexiga* é uma outra contra-indicação. Este estado muito difficulta as manobras do esmagador.

Os *tumores da bexiga* constituem igualmente contra-indicção.

A *bexiga de columnas* offerece sempre difficuldade á apprehensão dos calculos, sendo facil o despedaçamento de uma dellas, causa inevitavel de grave cortejo de consequencias.

A *cystite chronica grave* igualmente contra-indica a lithotricia.

O mesmo se dá quando existe qualquer *lesão renal.*

OBSERVAÇÕES

I

(*do Dr. B. de Pedro Affonso*)

Manoel de Senna Chaves, natural do Rio de Janeiro, com 60 annos de idade, alfaiate, morador á Praia Formosa N.° 143, entrou para o Hospital de Misericordia a 11 de Janeiro de 1885 e foi recolhido á enfermaria de cirurgia a cargo do Dr. B. de Pedro Affonso Franco, indo occupar o leito n. 29.

Referindo a historia dos seus padecimentos, o doente contou que soffria, havia 10 annos, das urinas.

A micção era ora difficil, ora facil, sem causa a que podesse attribuir essa differença, quasi sempre dolorosa, pronunciando-se a dôr depois da expulsão da maior quantidade de urina.

Algumas vezes, depois das ultimas gottas, manifestava-se tenesmo violento, acompanhado de sahida de algumas gottas de sangue.

A micção era muitas vezes interrompida, de sorte que o individuo via o seu jacto suspenso subitamente e era obrigado a esperar algum tempo para esvasiar o resto da bexiga.

A urina era ligeiramente turva a principio.

O doente não accusa ter tido jamais corrimento urethral, mas, acerca de 7 annos, teve um cancro venereo que lhe corroeu o meato urinario, dando a este enorme diametro e deixando uma cicatriz molle.

Por muitas annos supportou o individuo estes soffrimentos, que não eram constantes, nem muito intensos, usando apenas medicamentos palliativos receitados por varios medicos.

Ha 2 annos, porêm, começaram a apparecer retenções completas de urina; esta se tornou turva, um pouco fetida, alterando-se facilmente quando deixada no vaso e depositando nas paredes deste uma materia semelhante a catarrho.

A micção tornou-se frequente, o andar em carro ou bond exacerbava a dôr surda e constante da bexiga e frequentes vezes o doente apresentava accessos febris de typo intermittente.

Nunca teve soffrimentos hemorrhoidarios.

Para tratar-se recorreu a varios facultivos, mas, não tendo tido allivio, resolveo entrar para o Hospital de Misericordia, justamente na occassião em que se achava com uma das suas retenções de urina; de facto, no dia 11 de Dezembro de 1884, entrou para a enfermaria n. 13 de cirurgia, onde o Dr. Pedro Affonso o sondou e conheceu que a causa da retenção era devida ao engastamento de um pequeno calculo no collo da bexiga, e, tendo extrahido a urina, resolveu fazer a litholapaxia

Para esse fim começou a fazer sondagens diarias da urethra e da bexiga, mas negocios particulares do doente obrigaram o a pedir alta, e, de facto, elle sahio a 19 de Dezembro.

Seus incommodos continuaram entrando de novo para o Hospital no dia 11 de Janeiro.

O estado actual do individuo nessa occasião era o seguinte:

O habito externo denunciava um individuo de bôa saude, de pequena estatura, constituição regular, temperamento sanguineo e nervoso.

Todas as funcções se exerciam bem, excepto a urinaria. A micção era dolorosa, o jacto de urina era grosso, a urina turva e sanguinolenta.

A sondagem denunciou uma urethra ampla, podendo admittir o numero 26 da fileira Charrière, a bexiga dolorosa e contractil ao menor toque, o meato largo.

No interior da bexiga encontrou-se o calculo que já se tinha reconhecido. Após a primeira sondagem, que teve lugar no dia 11, foi introduzida na bexiga uma certa quantidade de liquido e reconheceu-se que este reservatorio não podia receber mais 15 grams. de liquido sem entrar immediatamente em contracção dolorosa.

Foi feito o diagnostico: calculo vesical e cystite concomitante.

A urina do doente tinha pequena quantidade de albumina, devida sem duvida á presença de sangue e muco misturados com esse liquido.

Para combater a irritabilidade da bexiga foi receitada a seguinte injecção: chlorhydrato de cocaina 60 centigrams., agua distillada 30 grams.

Para uso durante as explorações da bexiga: agua 1 litro, acido borico 40 grams.

No dia seguinte (12) foi introduzida na bexiga do doente uma sonda de Thompson; por essa sonda, tendo-se calcado no botão, extrahio-se 12 grams, de urina ligeiramente fetida, turva e um pouco sanguinolenta, fez-se uma ligeira lavagem da bexiga e depois de extrahido o liquido foram injectados muito lentamente 30 grmms. de solução de cocaina.

O individuo apresentou ligeiras contracções da bexiga logo que a injecção attingio a 15 grammms., o que obrigou a fazer-se uma parada; logo depois essas contracções cessaram e o resto da injecção poude ser introduzido e permanecer na bexiga durante um quarto de hora, tendo sido tirada a sonda exploradora.

Depois desse tempo foi de novo introduzida a sonda, extrahida a solução de cocaina e introduzidos 120 grammas da solução borica ligeiramente aquecida, sendo feita essa injecção sem que a bexiga manifestasse signaes de irritação e sem o individuo accusar a menor dôr.

Essa injecção foi extrahida 5 minutos depois.

No dia 13 o mesmo procedimento foi adoptado e a bexiga poude tolerar um pouco mais da injecção; foi então marcada para o dia 14 a extracção da pedra.

No dia marcado, tendo sido previamente injectada uma seringa de Pravaz, contendo 1 centigram. de morphina, o doente foi chlorormisado em seu leito.

Logo que o doente se achou chloroformisado, tendo-se á mão todo o instrumental de Bigelow, procedeu-se do seguinte modo:

O doente foi collocado em decubito dorsal, tendo a cabeça sobre um travesseiro baixo, os joelhos afastados, as pernas dobradas sobre as coxas e estas sobre a bacia; um travesseiro foi collocado debaixo da bacia elevando-a acima do nivel do ventre.

Foi introduzido o explorador de Thompson e por elle esvasiada a bexiga, sendo em seguida introduzidos 30 grammas de solução de cocaina.

Passados 15 minutos foi retirado esse liquido e feita a injecção borica na quantidade de 150 grammas tolerando-a perfeitamente a bexiga.

Foi introduzido o lithotridor de colher de Bigelow, e, fazendo-se algumas manobras no interior da bexiga, foi apanhado um calculo de 15 millimetros de diametro.

Fechada a articulação do lithotridor o calculo foi esmagado. Aberto de novo o lithotridor, procurou-se em diversos pontos novos pedaços do calculo, e tendo-se feito o esmagamento de pequenas parcellas, depois de certo numero de manobras, foi retirado

esse primeiro instrumento, de cuja colher se extrahio grande quantidade de calculo esmagado.

Tomou-se então um outro lithotridor de janellas de menor calibre, que foi introduzido na bexiga, e procurou-se encontrar fragmentos de calculo.

Foi introduzido, finalmente, um terceiro lithotridor de colher de pequeno calibre e encontraram-se ainda pequenas parcellas do calculo, que foram esmagadas, retirando-se o instrumento que trazia na colher pequena porção de materia calculosa.

Foi então introduzida a sonda esvasiadora de Bigelow, de medio calibre, 8 millimetros, e deixou-se correr a injecção da bexiga, a qual sahio ligeramente corada de sangue.

Foi introduzida uma pequena injecção da solução boricada morna (30 grammas) e foi a sonda posta em communicação com a ampoula aspiradora do apparelho de Bigelow modificado por Guyon.

Feitas as injecções e aspirações successivas, certa quantidade de fragmentos do calculo e de pó do mesmo, veio depositar-se na esphera de vidro.

Logo que se reconheceu nada mais haver na bexiga, foi retirado o instrumento esvasiador e dada por concluida a operação que tinha durado 40 minutos.

O doente voltou a si do chloroformio. Foi prescripta a seguinte medicação : sulfato de quinina 6 decigrammas em uma dose. Já.

Poção gommosa 180 grammas, acido benzoico 1 gramma, gomma ammoniaco 2 grammas, xarope de alcatrão 30 grammas. Tome de hora em hora.

O doente passou o dia muito bem ; á noite o thermometro marcou 38,° não havendo máo estar nem sêde.

No dia seguinte pela manhã a temperatura foi de 37°,5 e nunca mais soffreu elevação.

A micção fazia-se bem e sem tenesmo mas o doente accusava a urethra dolorida. Este ultimo incommodo desappareceu gradualmente e o doente começou a pedir alta.

No dia 19 á tarde fez-se uma sondagem de exploração e reconheceu-se que a bexiga estava completamente vasia.

No dia 24 foi de novo explorada a bexiga pela manhã não só pelo Dr. Pedro Affonso como pelo seu ajudante o Dr Dutra e nenhum calculo foi encontrado na bexiga.

No dia 25 foi concedida a alta ao individuo.

A quantidade de calculo extrahida pesou 5 grams. e reunida poderia formar um calculo maior do que uma avelã.

A materia de que era formado esse calculo, segundo a analyse posteriormente feita era: phosphato e carbonato de cal, phosphato ammoniaco magnesiano e pequena quantidade de urato e oxalato de cal. (*)

II

(do Barão de Pedro Affonso)

A. J. S. portuguez, com 69 annos de idade, foi ao consultorio do Sr. Dr. Pedro Affonso que depois de o ter examinado estabeleceu o diagnostico de calculo vesical.

Era um individuo fraco, depauperado por uma lesão cardiaca bem adeantada.

Foi marcada a operação para o dia 12 de Dezembro (1886).

Nesse dia, anesthesiado o doente, foi collocado em decubito dorsal, na posição conveniente, introduzido o explorador de Thompson e feita uma injecção de 40 grammas de solução de cocaina. Após 10 minutos foi esta injecção substituida por uma boricada.

Então o Dr. Pedro Affonso introduzio o lithotridor de Bigelow n. 2 e apprehendeu um calculo de 2 $^{1}/_{2}$ centimetros, que foi esmagado.

Retirado o lithotridor foi feita a aspiração apparecendo grande quantidade de detrictos calculosos na ampoula de vidro do apparelho. Os fragmentos pesavam 22 grammas.

No dia 13 as condições do doente são satisfatorias. No dia 22 dirigio-se o doente ao consultorio completamente curado.

III

(do Barão de Pedro Affonso)

Manoel Silva, branco, portuguez, de 27 annos de idade, casado, serrador, entrou para o Hospital a 7 de Janeiro de 1887.

(*) Extrahida da these inaugural do Dr. Paulino Werneck.

E' um individuo de temperamento sanguineo e construcção forte; refere que os seus padecimentos datam de um anno, pouco mais ou menos.

Feito o exame foi estabelecido o diagnostico de calculos vesicaes.

Foi marcada a operação para o dia 15.

Depois da anesthesia foi introduzida uma sonda metallica evacuadora por meio da qual se procedeu a lavagens com solução boricada a 40/1000 na temperatura de 30.°

Fez-se por ultimo uma injecção de 180 grammas de solução boricada que permaneceu na bexiga.

Substituio-se a sonda metallica pelo lithotridor de Bigelow n. 1, que denunciou um calculo de 25 millimetros e outro de 40; foi feito o esmagamento.

A operação durou 60 minutos, resolvendo o operador não proseguir em seus trabalhos, addiando o complemento para outra sessão.

A porção dos fragmentos extrahidos pezou 35 grammas.

O cirurgião introduzio uma sonda de Nelaton n. 22, afim de impedir que os fragmentos uma vez accumulados no collo da bexiga viessem sustar a sahida da urina.

Durante o dia o doente urina por diversas vezes dando sahida a fragmentos dos calculos.

A temperatura e o pulso eram normaes á tarde; ás 6 horas injectaram-se 80 grammas de solução boricada.

No dia 16, pela manhã, pulso e temperatura normaes. A' tarde 37,8.

No dia 18 retira-se a sonda de Nelaton e suspende-se a applicação do gelo na região hypogastrica, feita desde o primeiro dia.

Do dia 18 ao dia 22 o pulso e a temperatura continuam normaes.

No dia 22 depois da chloroformisação repete-se o acto do dia 15. Os fragmentos extrahidos pesam 16 grammas e a operação durou 40 minutos, ficando a bexiga completamente vasia.

Repete-se a applicação do gelo.

A' tarde não ha febre; as urinas são claras.

No dia 25 o doente deixa o leito.

No dia 28 obtem alta curado.

IV

(*do Dr. Pedro Affonso*)

Joaquim J. Moreira, com 67 annos de idade, portuguez, casado, negociante, é um homem forte, de temperamento sanguineo, soffrendo desde 1878 de um calculo.

Em 1886 por tal fórma os seus incommodos augmentaram que vio-se forçado a procurar um medico.

Em 1887 recorreu a um facultativo que por longo tempo o tratou sem o menor resultado.

No dia 2 de Maio consultou o Dr. Pedro Affonso, que capitulou a sua molestia de um grande calculo vesical, em carencia de urgente operação.

Foi esta marcada para o dia 3 de Maio.

Nesse dia, depois de haver feito uma injecção boricada, foi o doente chloroformisado. Introduzio-se depois o lithotridor de Bigelow n. 2 com o qual toi feito o esmagamento da pedra.

Depois de esmagar ainda alguns fragmentos, introduzio a sonda evacuadora e com o aspirador de Bigelow retirou enorme quantidade de pedra reduzida a detrictos e a pó.

Durou a operação 20 minutos.

Foi collocada uma sonda de demora.

A' tarde o doente passou sem a menor reacção febril.

No dia 4 o doente retira a sonda contra a recommendação que lhe havia sido feita; teve accessos de febre urinosa de fórma aguda.

No dia 5, em face do estado desesperador, o Dr. Pedro Affonso pratica a talha perineal. O calculo pesava em fragmentos 106 grammas.

O doente, depois desta operação, começou a passar bem e acha-se completamente restabelecido.

V

(*do Visconde de Saboia*)

F. Cacotra, italiano, com 22 annos de idade, casado, trabalhador, de constituição forte e temperamento sanguineo, entrou

para o Hospital a 13 de Maio de 1886, indo occupar um leito na 17.ª enfermaria, então a cargo do Visconde de Saboia.

O exame demonstrou a existencia de um calculo vesical e o prognostico *reservado* decorreu das condições do doente.

Além das dôres, da micção frequente e da hematuria de que era victima, trazia o penis em semi erecção, rubros o prepucio e a glande, talvez consequencia das tracções constantes como disfarce á dôr que, no seu dizer, irradiava pela urethra, finalisando no ponto da massagem.

A urethra era permeavel e quer com a sonda molle quer com a sonda metallica o corpo estranho impunha o dignostico.

Muito irritavel estava a bexiga; ao menor contacto contrahia-se energicamente sobre o instrumento que a explorava.

A percursão do calculo levantava a hypothese de um phosphato ammoniaco-magnesiano, cujas dimensões a irritabilidade da bexiga prohibio que fossem tomadas.

O doente vai passando mal apezar do tratamento medico tendente a alliviar-lhe as dôres e facilitar-lhe a micção.

No dia 18 a temperatura era de 38° pela manhã e 40° á tarde.

Nesta conjectura é o doente levado á mesa e resolvida a litholapaxia.

Depois de chloroformisado foi feita uma injecção de chlorhydrato de cocaina em solução a 1 1/2 %.

Obtida a anesthesia geral e local fez-se uma injecção de acido borico a 4 % para facilitar as manobras do esmagamento.

O primeiro lithotridor empregado foi o de Bigelow que apanhou um calculo de 2 centimetros de diametro; trabalharam alternadamente os instrumentos de Bigelow e Thompson que, de quando em quando retirados, traziam as respectivas colheres cheias dos detrictos do calculo.

A pedra, ao que parecia, era ovoide; o maior diametro era de tres centimetros.

Depois do esmagamento veio a aspiração com o apparelho de Guyon.

Essas manobras — esmagamento e aspiração — foram feitas tres vezes.

Durou a operação 1 hora.

No dia 19 pela manhã tinha o doente 30° de temperatura, á tarde 40,°1. O doente passava mal; os vomitos incessantes, as dores vesicaes e a frequencia da micção o affligiam tormentosamente; os esforços violentos trouxeram a este cortejo mais o prolapso da mucosa rectal.

O estado foi se aggravando sem descontinuar. No dia 20 pela manhã marcava o thermometro 37°, á tarde 39°.

Era gravissimo o estado do doente.

O Visconde de Saboia resolve appellar para a intervenção perineal a ver se assim libertava a bexiga do resto dos fragmentos.

Foi escolhido o processo de Dupuytren, que deu sahida a um calculo do tamanho de um ovo de pomba, constituido por oxalato de calcio incrustado por phosphato ammoniaco magnesiano.

O exame demonstrou que os lithotridores apenas conseguiam atacar o incrustamento ammoniaco magnesiano deixando incolume a parte central.

Este calculo pesava 16,5 grammas ; os fragmentos retirados pelos aspiradores pesavam 6 grammas.

O doente continuou a peiorar e falleceu á noite.

Autopsia—Habito externo : ecchymoses na região posterior do thorax, nos membros thoracicos, na região cervical, no penis, na região escrotal ; corrimento sanguineo pela bocca e fossas nasaes.

Habito interno : rins congestos, um bassinete bastante dilatado ; o rim direito com fortes adherencias e um grande abcesso que o compromettia completamente. Os uretherios estavam dilatados. A bexiga era espessada, retrahida, com contusões mais ou menos extensas principalmente na parte infero-posterior.

Baço congesto pesando 550 grammas.

Figado congesto pesando 1.750 grammas ; vesicula biliar repleta.

Coração hypertrophiado e degenerado pesando 360 grammas.

Pulmões congestos pesando o direito 800 grammas e o esquerdo 550 grammas.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

I

O mundo da energia é do dominio da physica.

II

Esse *ser* immaterial é como a materia um verdadeiro Protêo; assume todas as fórmas, mas jamais se transformará a energia em materia ou a materia em energia.

III

Na bio-physica o ser vivo é um transformador de energia que possue um *modus faciendi* inherente a si.

CADEIRA DE CHIMICA INORGANICA MEDICA

I

A materia é do dominio do mundo chimico.

II

Não se cria nem se destroe a materia, assim como não se cria nem se destroe a energia: tal é a lei que governa os dous mundos distinctos — da materia e da energia.

III

A materia é o supporte da energia.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

I

A chlorophylla, apezar do papel capital que representa na nutrição, não é materia viva.

II

E' um reactivo possante por cujo intermedio o protoplasma fabrica, no seio do organismo vegetal, os productos que os outros seres acham elaborados nos alimentos.

III

A chlorophylla transformando em energia os raios ultra-violetas e os outros de diversas refrangibilidades, protege o protoplasma que assim pode cumprir a synthese da materia organica.

CADEIRA DE HYSTOLOGIA

I

O sangue é a differenciação respiratoria da lympha.

II

Nos animaes inferiores não ha funcção hemoglobinifera; é a lympha que mantem as trocas nutritivas e sustenta a funcção respiratoria.

III

A hemo-lympha é a transição da lympha para o sangue

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A bexiga é o reservatorio da urina.

II

Consta de duas partes: corpo e collo.

III

O seu esphyncter é um anel muscular espesso situado logo abaixo da mucosa.

———

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

I

As bases pyridicas são todas toxicas e paralysantes.

II

Agem primeiro e rapidamente sobre os centros nervosos ; os nervos da peripheria soffrem depois.

III

São anti-fermentesciveis.

———

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA

I

Sendo a vida caracterisada pela reacção da materia á acção das forças cosmicas, essas reacções são tanto mais complexas quanto mais numerosas forem as forças.

II

O equilibrio só pode ser mantido quando a materia offerecer uma reacção em troca de cada acção.

III

Dahi a multiplicidade dessas reacções designados em physiologia sob o nome de funcções.

———

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

I

A lei da herança morbida defende a especie.

II

Ella dá, em certos casos, immunidade para certas infecções que existiram nos ascendentes.

III

Em outros casos confere maior vulnerabillidade para as aggressões triviaes ou torna infecundos os descendentes dos individuos muito estygmatisados, prevenindo assim a degeneração definitiva.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

As lesões da syphilis pulmonar são sempre accidentes terciarios.

II

Para isto não importa que se trate do adulto ou do recemnascido onde essas lesões representam as da heredo syphilis.

III

Ellas revestem, entretanto, caracteres differentes nos dous casos.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGICA

I

O arsenico, como corpo simples, não apresenta poder toxico.

II

A tolerancia da economia em face deste metalloide é um bello exemplo de toxicophagia.

III

Em doses convenientes os arsenicaes são diariamente empregados em medicina.

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

I

O fremito pericardico é mais superficial e mais raro que o *thrill.*

II

Dá a impressão tactil de um attrito.

III

Não tem rhythmo proprio assim como não tem sede de eleição.



CADEIRA DE CLINICA DERMATOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A syphilis é uma molestia infecto-contagiosa

II

Transmitte-se por contagio ou por herança.

III

Constitue um dos grandes factores da degeneração mental.



CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

I

A variola é uma molestia contagiosa.

II

O contagio dá-se em todos os seus periodos.

III

Ainda não se conhece o elemento activo desta molestia.



CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

I

O tetano tem como agente especifico o bacillo de Nicoleyer.

II

E' uma complicação das feridas.

III

As injecções phenicadas a 2/100 tem sido empregadas com vantagem no seu tratamento.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

São muito variaveis de intensidade os effeitos dos differentes agentes antisepticos.

II

O emprego dos antisepticos é limitado pela acção toxica que geralmente exercem sobre o organismo.

III

O valor pharmacologico de uma substancia antiseptica depende da relação entre os seus equivalentes antiseptico e toxico.

2ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

I

O mal de Pott é a tuberculose das vertebras.

II

A sua frequencia assignala-se na infancia.

III

O tratamento orthopedico dá bons resultados.

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A inflammação essencial, primitiva da esclerotica é uma affecção rara.

II

Esta molestia, quando unicamente limitada á esclerotica, acarreta pertubações funccionaes.

III

No seu tratamento empregam-se collyrios de atropina e compressas quentes.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A talha hypogastrica resolve a maior parte dos casos de calculos vesicaes.

II

A cystorraphia total é, nesta operação, feita com grande vantagem.

III

O emprego do balão rectal é dispensavel

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A urethra do homem apresenta no seu trajecto 3 pontos estreitados: meato urinario, collo do bulbo e collo vesical.

II

Ao lado destes 3 ultimos pontos ha 3 dilatações : fossa navicular, fosseta do bulbo e dilatação prostatica.

III

E' nesses pontos estreitados que os detrictos encontram, depois da lithotricia, obstaculo á sua passagem quando a evacuação não é perfeita.

CADEIRA DE THERAPEUTICA

I

As quinas são um poderoso auxiliar de que dispõe a materia medica.

II

Os seus preparados são tonicos nevrosthenicos.

III

Empregam-se para levantar o organismo depauperado.

1ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

I

Em relação á existencia dos calculos a raça exerce certa influencia.

II

Os negros e os mulatos gozam de grande immunidade.

III

E' uma causa individual sobre cuja importancia ha divergencias (Oscar Bulhões).

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

A hemoglobinuria é uma falsa hematuria.

II

A côr das urinas, neste caso, corre por conta da hemoglobina.

III

Essas urinas ou não contêm hematias ou contêm em minima quantidade.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

I

A coxo-tuberculose pertence de preferencia á infancia.

II

O adulto, entretanto, não é poupado.

III

A senectude não constitue immunidade.

CADEIRA DE HYGIENE

I

As molestias zymoticas dividem-se em contagiosas, infectuosas propriamente ditas e miasmaticas.

II

Das infectuosas a variola é a mais espalhada.

III

A vaccina obrigatoria é o meio prophylatico por excellencia.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

I

O homicidio commettido voluntariamente e com premeditação é um crime aggravado.

II

A região da ferida e a direcção dos golpes esclarecem o exame medico-legal.

III

Duas ou mais feridas mortaes são antes proprias do homicidio que do suicidio.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

I

A versão é uma operação que tem por fim substituir uma apresentação por outra.

II

A versão por manobras externas é formalmente indicada quando no ultimo mez de prenhez houver uma apresentação transversa.

III

Esta versão é quasi sempre possivel.

1ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

A chlorose e a anemia não devem ser confundidas.

II

A anemia é um symptoma de origens multiplas e complexas.

III

A chlorose tem parte de anemia e parte de nevrose.

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A craneotomia consiste na perfuração do craneo.

II

As indicações da craneotomia simples, sem esmagamento da cabeça fetal, são raras.

III

E' uma operação mutiladora, perigosa quando sem cuidados antisepticos.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E MOLESTIAS NERVOSAS

I

A hysteria é uma nevrose.

II

Assume todas as fórmas.

III

O seu tratamento consiste no hypnotismo.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, ex perientia fallax judicium difficile.

(Aph. I ; Sect. I.)

II

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Aph. X ; Sect. II.)

III

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum.

(Aph. III ; Sect. III).

IV

Natura morborum curationes ostendunt.

(Aph. IV ; Sect II).

V

Mulieri menstruis difficientibus sanguis ex nasibus profluens, bonum est.

(Aph. XXX ; Sect. V).

VI

Quœ medicamenta non sanat, ea ferrum sanat, ea ignis sanat ; quœ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet.

VISTO.—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 29 de Setembro de 1899.

O SECRETARIO,

Dr. Eugenio de Menezes